

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE  
ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL  
LAMBAYEQUE 2015”**

**Autor: GUILLIANA DANIELA QUEVEDO RIOS**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO  
EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú**

**2017**

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2015”**

**POR:**

**GUILLIANA DANIELA QUEVEDO RIOS**

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado Académico de **MAESTRO EN ENFERMERÍA**

**APROBADO POR:**

---

**Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia**  
**Presidenta de Jurado**

---

**Mgtr. Iliana Muro Exebio**  
**Secretaria de Jurado**

---

**Mgtr. Rosío Mesta Delgado**  
**Vocal/Asesor de Jurado**

**CHICLAYO, 2017**

## DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada con prioridad a Dios, Él nos da sabiduría, inteligencia para seguir con nuestro proyecto de vida y nuestro avance profesional

A mis padres por su sacrificio, quienes con su amor y apoyo me han sabido guiar y acompañar en el camino de la vida, motivo de mi constante lucha por superarme.

A mi novio por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente

Guilliana Quevedo

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por sus bendiciones, con las que nos ha colmado en todos los momentos de nuestras vidas, y por darnos fuerzas para seguir adelante.

A la Mgtr Rosío Mesta Delgado por su asesoramiento y dedicación en la realización de la presente investigación.

A mi jurado: Dra. Mirian Saavedra Cobarrubia, Mg. Iliana Muro Exebio, por sus aportes en la elaboración y desarrollo de la presente investigación.

Al Lic. Estadístico Tommy Torres Ruidias por su colaboración en el desarrollo de la presente investigación.

A las autoridades del Hospital Regional Lambayeque, que permitieron llevar a cabo la investigación.

*La autora*

## ÍNDICE

	Pg.
<b>DEDICATORIA</b>	<b>03</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>04</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>06</b>
<b>ABSTRAT</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>72</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>80</b>

## RESUMEN

Por el carácter legal, los registros de enfermería significan un respaldo a la labor de los profesionales de esta disciplina; sin embargo, por su variabilidad, complejidad y falta de unificación, en muchas oportunidades, no evidencian en lo escrito el cuidado brindado; por ello, se realizó el estudio denominado "Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia Hospital Regional Lambayeque 2015"; cuyo objetivo fue evaluar la calidad de los registros de enfermería en el aspecto estructura y contenido en el Área de trauma Shock, así como la realización de una propuesta de registro para dicha área. La investigación fue cuantitativa, descriptiva. Se tomaron registros de enfermería en base a la historia clínica, la población estuvo constituida por 123 historias clínicas de pacientes cuya estancia promedio fue más de 24 horas de permanencia, la muestra final fue 52 historias clínicas. La validez y confiabilidad se demostró mediante el estadístico KR20 en los instrumentos contenido y estructura. Concluyendo que la evaluación de la calidad de los Registros con respecto al aspecto estructura fue Buena con 50%; es decir; el profesional enfermero incluye dentro de sus registros datos generales resaltando nombre del paciente, hora de ingreso, hay buena redacción y letra legible en las anotaciones de enfermería, colocación de sello y llenado de hoja de balance hídrico y kárdex; así mismo, con relación al aspecto contenido fue Mala con un 94.2%, no evidenciándose el Proceso de Cuidado Enfermero. Presentándose una propuesta de registro de enfermería.

Palabras claves: calidad, registros de enfermería, atención de enfermería.

## **ABSTRACT**

By the legal character, the nursing records mean a support for the work of the professionals of this discipline; however, its variability, complexity and lack of unification, in many opportunities, not evidenced in writing the care provided; therefore, the study entitled "Evaluation of the quality of the nursing records in the area of shock trauma of the Regional Hospital Emergency Service of Lambayeque 2015"; the objective was to evaluate the quality of the nursing records in the structure and content in the area of shock trauma, as well as the completion of a registration proposal for that area. The research was quantitative, descriptive. Nursing records were taken on the basis of the clinical history, the population was made up of 123 medical histories of patients whose average length of stay was more than 24 hours of stay, the final sample was 52 clinical histories. The validity and reliability was demonstrated using the KR20 in content and structure. Concluding that the assessment of the quality of the records with regard to the aspect structure was good with 50%; that is to say, the professional nurse includes within its general data records by highlighting the name of the patient, time of entry, there are good drafting and legibly in the annotations of nursing, placement of fill and seal of balance sheet and kardex; likewise, in relation to the aspect content was poor with a 94.2%, demonstrating the Process of Nursing Care. Presenting a proposal for a nursing record.

**Keywords:** quality, nursing records, nursing care.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la práctica de enfermería está dirigida a otorgar un cuidado individualizado, uniendo la ciencia y el arte como trabajo de intervención centrado en la persona cuidada. Es responsabilidad de la enfermera que los cuidados queden registrados en la historia clínica, este registro debe reflejar las actividades del profesional de enfermería orientadas al diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas relacionados con el proceso de vivir y morir; que tienen como base de su actuación la relación de ayuda y un cuidado holístico e integral, quedando archivado como testimonio del quehacer diario y como documento legal <sup>1,2</sup>.

La Enfermería cuenta con lenguaje y símbolos especializados. A medida que la teoría se ha desarrollado, estos conceptos, lenguajes y formas de obtener datos, reflejan las nuevas maneras de pensar y conocer esta profesión. El lenguaje de la teoría de enfermería facilita la comunicación entre sus miembros <sup>3</sup>.

Durante siglos, la enfermera trabajó activamente al lado del paciente, sin contar con estándares de registros. Los primeros registros aparecen años después al surgimiento de la enfermería, aun cuando no existe una fecha exacta. Nightingale sistematizó la práctica de control de registros, siendo la primera persona en salud que se preocupó por registrar cada procedimiento y técnica ejecutada, incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados de la mortalidad institucional y como mejorar la práctica<sup>4</sup>.

Si nos remontamos a la historia de los registros de enfermería y su nexos con el proceso del cuidado enfermero, evidenciamos que a finales de los 70's y principios de los 80's se esperaba que la implementación del proceso conduciría al mejoramiento de la calidad de la información registrada, sin embargo, esto no sucedió y los registros continuaron siendo deficientes.

A finales de 1995 se encontró referencias a la resistencia del colectivo



enfermero a cumplir con implementar y utilizar los registros de manera efectiva debido a la inadecuación de los documentos y la actitud negativa de los profesionales <sup>5</sup>. Ya en el año 2005, se proponen líneas de investigación que relacionen directamente los registros de enfermería con los resultados obtenidos en materia de salud y los cuidados enfermeros prestados <sup>6</sup>.

Hoy en día, las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de la salud, suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de sus objetivos, esto 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 de enfermería, los cuales deben estar orientados a documentar permanentemente los cuidados en un marco ético- legal, además de ser considerados un indicador de la calidad del cuidado <sup>7</sup>.

Al mencionar calidad del cuidado y más aun calidad de los registros de enfermería se tendría que definir su concepto. Este tuvo su origen en el mundo industrial y ha sido adoptado por el mundo sanitario al tiempo que sufría una evolución, pasando del significado de garantía de calidad al de mejora continua de calidad. Esta última se basa en la implicancia de todos los trabajadores para poder medir, documentar y evaluar la calidad de todo proyecto focalizado en el cliente, a través de la identificación de los aspectos de la asistencia en los que hay oportunidad de mejora <sup>8</sup>.

Gran Bretaña y España son de los países que más se han preocupado por establecer estándares y recomendaciones para mejorar los registros, por ejemplo *The Nursing Outcomes Classification* (1992), destaca la importancia de un buen registro y establece una serie de recomendaciones para elaborarlos. Con la publicación del estándar llamado, *The United Kingdom Central Council Nursing* (1993) <sup>5</sup>.

En Brasil, los fundamentos legales sobre la valoración de los registros de enfermería están contemplados en una serie de legislaciones con aspectos

éticos, civiles o criminales, entre ellos están: Ley N° 7.498/86, regulada por el Decreto 94.406/87 que dispone sobre el ejercicio de enfermería<sup>9</sup>.

Si se menciona el Perú, los registros que elabora y llena el profesional de enfermería quedan ordenados en las historias clínicas, son documentos legales amparados en la norma técnica N° 022- MINS/DGSP-V.02; Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud<sup>10</sup>; y en la Ley del Trabajo Enfermero N° 27669; que pueden emplearse en beneficio de la institución y del mismo profesional, por lo tanto, deben reflejar el cuidado que brinda este profesional.

Un estudio realizado en el Hospital Regional Lambayeque año 2014 en el servicio de emergencia, mostró que los registros de enfermería no evidenciaban el proceso enfermero en un 100%, debido a una valoración incompleta en un 82,6%, en donde se deja de lado, no solo, las dimensiones psicológicas y espirituales, sino también las biológicas; el diagnóstico queda ausente así como la planificación de actividades, las intervenciones solo se evidenciaron en gran porcentaje, las interdependientes en un 100% y la evaluación, de la misma forma que la etapa de valoración; motivo por el cual se sugirió ahondar en la investigación decidiendo presentar una propuesta de registro de enfermería que debería ser aplicada por las enfermeras que laboran en el área de Shock Trauma<sup>11</sup>.

A pesar de los años y la actualización del hacer de enfermería, éstas han tenido dificultades en el llenado de los registros de enfermería, pues generalmente son variados, complejos, no se unifican, ni evidencian en lo escrito el cuidado brindado; además consumen tiempo y material.

Esta situación se agudiza si el cuidado se brinda a personas en estado crítico cuando ingresan en busca de atención a los servicios de emergencia, requiriendo un cuidado altamente especializado y la necesidad de registrarlo de manera objetiva y precisa, ambas situaciones son problemas que deben ser resueltos por el profesional enfermero en cada acción y función, porque es

necesario que se deje evidencia del cuidado empleando para ello el menor tiempo.

La preocupación es compartida por el profesional de enfermería que labora en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque, por ser un hospital de tercer nivel de atención categoría III-1 según norma técnica N° 021- MINS/ DGSP V.01<sup>12</sup>, que recibe pacientes de prioridad I y II.

El servicio de emergencia atiende un promedio de 70 personas al día en tres áreas diferenciadas tópicos, observación y trauma shock. El área de trauma shock es un ambiente destinado a la atención inmediata del paciente crítico cuyo objetivo es la estabilización hemodinámica de la persona víctima de trauma y que se encuentra en riesgo de muerte. Su ubicación es de fácil acceso para el paciente crítico, y es considerada una zona restringida.<sup>13</sup>

El área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque tiene una capacidad instalada para tres pacientes que, en ocasiones, dada la necesidad de la demanda, llegan a ser cinco, a cargo de una profesional enfermero y un técnico de enfermería, quienes laboran un total de 150 horas mensuales de acuerdo a lo estipulado en la Ley del Enfermero Peruano 27669. Actualmente el promedio de atenciones en el mes llegan a 50 pacientes.

La enfermera registra un promedio de 5 formatos por paciente que, dependiendo de la patología, podrían llegar a ser más, utilizándose con frecuencia los siguientes: El kárdex, donde se anotan los datos generales de la persona a nuestro cuidado, el diagnóstico médico, datos de filiación, relación de medicamentos indicados, dosis y horarios de administración, plan de cuidados de enfermería, solicitud de interconsultas, exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento e instalación de cateterismos; igualmente encontramos el Balance Hídrico, es un formato que contiene datos generales del paciente, datos antropométricos y el cuadro de ingresos y egresos en seis, doce y veinticuatro horas; el Formato de Signos Vitales, evidenciamos los datos

del paciente, diagnóstico médico, hora de ingreso y día, monitorización de signos vitales por turnos, lista de antibióticos usados, resumen del balance hídrico, se menciona también las transfusiones de derivados sanguíneos (duplicando información de otros formatos).

Además, se cuenta con otro formato denominado Monitoreo de Signos horario, el cual contiene los datos generales del paciente y la monitorización horaria de signos vitales, diuresis horaria, inotrópicos usados y monitorización ventilatoria; anotaciones de enfermería.

Así mismo la enfermera realiza el llenado del formato denominado hoja de costos. Dependiendo de la patología que presente el paciente, se hace uso de otros formatos como la Hoja de Valoración del Estado Neurológico, según la escala de Glasgow por turnos y la Hoja de Monitoreo de Glicemia; de igual manera a los pacientes pediátricos se adiciona el formato de Control de Temperatura Horaria.

Los múltiples formatos que se han implementado en el Servicio de Emergencia, la evidencia del cuidado enfermero brindado y el tiempo que demanda el llenado de éstos, fueron puntos de agenda a tratar en diversas reuniones como parte de la problemática detectada por las enfermeras del servicio de emergencia y del área de trauma shock, en donde manifestaron: “son muchos los formatos, un promedio de 9, cuya información registrada se repite en cada uno de ellos”, “recibo llamadas de atención cuando no lleno todos estos formatos, urge la necesidad de un registro completo, que sea específico para el área, que sea viable, que facilite el trabajo”, “se duplica mucha información”.

La enfermera coordinadora del servicio manifestó su incomodidad y angustia: “necesitamos tener datos específicos de la evolución del paciente y el cuidado brindado y no lo estamos haciendo”, “hay enmendaduras, desorden, letra ininteligible, muchas veces no tiene sentido lo que registran”,

“enfermería es arte y ciencia, por lo que se pregunta: ¿el proceso de cuidado enfermero dónde queda? Todo esto se plasma en las diferentes actas de reuniones de personal que se realizaron en el servicio de emergencia como un problema prioritario a resolver.

Además la investigadora observó que el tiempo de llenado de estos registros toma aproximadamente entre 40 y 50 minutos; son indicadores que se tienen que cumplir antes de entregar el reporte de enfermería o retirarse de su centro laboral; este registro extenso y en algunas oportunidades repetitivo podría originar el descuido de otras actividades que tienen que ver con el cuidado directo de los pacientes que además tienen un alto grado de complejidad.

Es importante mencionar que la falta de dominio para el llenado de los registros de enfermería conlleva a la omisión de datos importantes en la historia clínica, con el consecuente incumplimiento de tratamientos prescritos, lo cual conlleva a desavenencias entre el personal por la ausencia de un registro pormenorizado,

La situación se agudiza cuando se necesita transferir los pacientes a los diferentes servicios críticos del hospital como Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Sala de Operaciones donde es importante el traslado rápido pero a la vez con toda la información que el uso amerita y que debe quedar plasmado en la historia clínica. Cuando se omite algún dato las enfermeras del área de trauma shock pueden quedar expuestas a constantes reclamos de diversa índole incluso hasta documentados, pues al no tener la información del cuidado brindado y de las respuestas de la persona, no se puede dar la continuidad al mismo, en el servicio de destino.

Lo antes descrito conllevó al planteamiento de una investigación científica donde se evalúe si los registros que realiza la enfermera revelan el cuidado brindado y si los formatos utilizados facilitan una valoración rápida

de las respuestas de la persona, para así implementar una propuesta de registro que ayude a la enfermera a plasmar su práctica y por ende el cuidado de la persona.

Por todo lo mencionado se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de calidad de los registros de enfermería en el área de Trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2015?

Esta investigación tuvo como objetivo general:

- Evaluar la calidad en los aspectos estructura y contenido en forma global de los registros de enfermería, en el Área de trauma Shock, del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Lambayeque. 2015

Y como objetivos específicos:

- Medir la calidad del aspecto estructura de los registros de enfermería en la dimensión general, en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015
- Medir la calidad del aspecto estructura de los registros de enfermería en la dimensión específica, en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015
- Medir la calidad del aspecto contenido de los registros de enfermería en las Etapas del Proceso del Cuidado Enfermero, del Área de Trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015
- Presentar una propuesta de registro de enfermería adecuado para el Área de Trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015.

La investigación se justificó porque enfermería es una parte importante del complejo hospitalario, ya que está involucrada en todas las fases del proceso asistencial, sus registros traducen la evolución del paciente así como todas las informaciones inherentes al proceso salud enfermedad; entendemos que constituye un servicio que representa en potencia, una importante área de estudio sobre la calidad asistencial, tanto en el aspecto de los cuidados directos como de la gestión de los mismos.

El servicio de emergencia, específicamente el área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque, cuenta dentro de su acervo documentario con varios registros de enfermería que originan hoy en día dificultades para la realización del trabajo enfermero, ya que durante su jornada laboral la profesional de enfermería debe realizar el llenado de un sin número de formatos invirtiendo un tiempo adicional en realizarlos, postergando a un segundo plano el brindar la atención directa al paciente que se encuentra en estado crítico, de no hacerlo muchas veces se interpreta como incumplimiento a sus labores, desacato a la autoridad, e incluso inobservancia a las normas, por parte de las autoridades de la institución. La investigadora considera que se debe de dar prioridad a la atención del paciente por encontrarse en riesgo su vida.<sup>5</sup>

Porque en búsqueda de la mejora continua de la calidad de la atención y cuidados de enfermería en el Hospital Regional Lambayeque y existiendo un trabajo antecesor en el que se investigó la evidencia del proceso enfermero en los registros del servicio de emergencia, se requiere con esta investigación, la continuidad de la evaluación y supervisión de trabajo de enfermería reflejado en estos registros para así maximizar el cuidado de la persona en el área de trauma shock.

Cabe mencionar que este estudio es importante por el aporte para el profesional de enfermería de esta institución porque permitirá tener información sobre los datos registrados en cada una de las fases del proceso de cuidado de enfermería en el servicio de emergencia y a partir de ahí se

generarán reflexiones en estos profesionales que buscarán estrategias de mejora a las evidencias del cuidado como son los registros de enfermería, lo que repercutirá en la continuidad del cuidado que brinda la enfermera a la persona en el área de trauma shock del servicio de emergencia, escenario del estudio.

Igualmente, este trabajo tiene la finalidad que al término de la evaluación de la calidad de los registros de enfermería, se presentará e implementará un registro de enfermería el cual deberá tener información de fácil manejo, que permita una mayor organización del trabajo de la enfermera emergencista, en donde se unifiquen criterios en cuanto a la valoración, diagnóstico de enfermería, planeamiento, intervenciones y evaluación del cuidado del paciente en ésta área. Debe ser práctico, permitiendo trabajar de forma ordenada, que contribuya a ser un medio de comunicación entre el equipo multidisciplinario de salud, de fácil interpretación así como de recolección de la información necesaria, el cual será validado por otras instituciones a fin que pueda tomarse como base para la creación de sus propios registros.

La investigadora también considera que es de gran importancia para la acreditación hospitalaria, pues uno de los indicadores que revelan un cuidado científico y humano, lo proporciona el profesional de enfermería, por lo tanto, debe quedar evidencia en los registros de enfermería del cuidado brindado por esta profesional, contribuyendo con ello a la acreditación institucional.



## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **1.1. Antecedentes de Investigación:**

A continuación presentamos las investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local.

#### A NIVEL INTERNACIONAL:

Batista, M<sup>14</sup>; en el año 2015 realizó una investigación denominada Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria /Vacunación, Hospital General de Zona 50, San Luis Potosí, México; cuyo objetivo fue analizar el nivel de aplicación del Proceso de Cuidado Enfermero (PCE) en los registros de Enfermería del personal de enfermería de las áreas de hospitalización del Hospital General de Zona 50 del IMSS en San Luis Potosí. Siendo un estudio observacional, descriptivo y transversal, con muestra de 44 enfermeros generales de las áreas de hospitalización. Los resultados fueron: El nivel de aplicación general empató entre regular y deficiente (43.2%); por etapas para valoración fue de 38.6%, diagnóstico 30.6%, planificación 25.7%, ejecución 45.9% y evaluación 37.5%. Los factores que refirieron el personal fueron: la falta de tiempo (40.9%), falta de conocimientos sobre el PCE (25 %) y falta de supervisión, retroalimentación y evaluación (15.9 %).

Farfán , G<sup>15</sup>, en el año 2013 en su investigación Características de los Registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un Tribunal de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería Departamento de Salud Colectica, cuyos objetivos fueron Determinar y describir las características de los registros contenidos en expedientes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería. (Hoja de signos vitales, hoja líquidos administrados y eliminados, Informe de administración de medicamentos, hoja de valoración cutánea, hoja de valoración neurológica, hoja de recibo y entrega de turno, hoja de notas de Enfermería), concluye en lo siguiente: La información contenida en los registros resulta preocupante pues se caracteriza por ser muy general, lo que en muchos casos no permite establecer cuáles fueron los cuidados que se brinda al paciente y por ende las condiciones en que éste se encontraba. Puntualmente para el análisis de eventos adversos con los pacientes no permiten conocer que pasó. En relación a su organización, no presentan un orden lógico en la descripción de los hallazgos, el registro se caracterizó por ser pobre en la descripción del proceso de administración de medicamentos, bien porque el registro no tenía el espacio o porque el espacio para registro de reacciones a la terapia medicamentosa se usó para hacer notas administrativas.

Otro aspecto interesante es que se registran los medicamentos con su nombre Comercial y no con el nombre genérico. Aún se encuentran registros que no son firmados por la persona que diligencia, con errores de ortografía y uno de los aspectos más relevantes, con datos incompletos de los pacientes, uso indiscriminado de siglas “asumiendo” que son conocidas y/o universales.

Catarina, A.<sup>16</sup> en su investigación “Evaluación y Mejora de Registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil (Murcia) en el año 2012; cuya metodología fue de abordaje cuali-cuantativa mediante la realización de ciclo de mejora; concluye en lo siguiente : la fase del proceso de cuidado que no se cumple es el Diagnóstico de enfermería, la planificación y la evaluación Los principales factores que influyen en el cumplimiento de los criterios construidos, estaban relacionados con la falta de formación del

personal de enfermería en Proceso Enfermero, Gestión de la distribución del trabajo de enfermería, adaptación al lenguaje enfermero y manejo del sistema informático.

González, M<sup>17</sup>; Con su investigación “Evaluación de la calidad de los registros de enfermería” realizado en la Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Enfermería. Santiago de Queretaro, México en Mayo 2007; el estudio fue prospectivo transversal de tipo correlacional, concluyendo que la calidad de los registros no está asociada a la categoría de la enfermera que realiza los registros y existe la necesidad de mejorar la calidad de los mismos.

Rojas, J.<sup>18</sup> en su investigación “Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos” realizado en las UCIs de la ciudad de Medellín, Colombia en el año 2007, llegó a la conclusión que los profesionales son mujeres jóvenes con poca experiencia que cuidan realizando la valoración, planean con base en el diagnóstico médico y siguen los protocolos establecidos en las UCI. Manifiestan no aplicar el PAE - sin embargo, valoran, planean e intervienen y en menor medida formulan diagnósticos y evaluación, tienen bajo nivel de aptitud clínica. Los profesionales de enfermería otorgan importancia al PAE como elemento que da identidad profesional, no obstante, no lo incorporan como metodología para el cuidado.

Hernández, D Y CoIs.<sup>19</sup> En su investigación Elaboración de un registros enfermero para Hemodiálisis según la norma ISO 9001: 2007, realizado en la Unidad de Hemodiálisis- Fundación Hospital en el año 2005; la metodología fue mixta, siendo principalmente cuantitativa la primera fase del estudio y cualitativa las restantes dos fases. En el análisis de los datos se utilizó el programa informático Stat Crunch. Concluyendo que el documento enfermero utilizado previo al estudio no se adaptaba a las necesidades de la unidad se observó pérdida de información general como datos de filiación, enmendaduras, letra incomprensible, entre otros, discontinuidad del cuidado y no se cumplía con lo normado para la realización del registro, dificultaba el

trabajo del equipo multidisciplinar. En cambio, el equipo enfermero opinaba que el documento propuesto era adecuado. El resultado final de este estudio ha sido la puesta en marcha de un nuevo documento para el registro enfermero, concebido como una guía para la prestación de cuidados, evitando pérdida de información general y específica, continuidad de la atención y mejora en lo que se registra. De esta forma, sentamos la base para la mejora continua de la calidad asistencial, lo que beneficiará al paciente y a los profesionales.

Perea B<sup>20</sup>, en su investigación "Registro de valoración al ingreso en una unidad de cuidados intensivos post quirúrgicos", realizado en el área de cuidados críticos y urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga en el año 2007; llegó a la conclusión que las enfermeras registran las necesidades fisiológicas del paciente, y en mucha menor medida las psicosociales. En cuidados intensivos es más difícil valorar respuestas humanas del paciente y de su familia que valorar problemas de colaboración o complicaciones potenciales. Se hace necesario un registro de valoraciones posteriores que evalúe las respuestas humanas de cada paciente.

Chaparro, L.<sup>21</sup>. En su investigación "Registros del profesional de enfermería como evidencia de continuidad del cuidado". Realizado en una unidad prestadora de servicios de salud de II nivel en Bogotá, Colombia en el año 2007, muestran que los registros de mayor uso son: la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las órdenes médicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto el tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo. Finalmente hay poca pertenencia con los registros realizados por la (el) enfermera (o) por la carencia de los criterios de diligenciamiento ético-legales

#### A NIVEL NACIONAL:

Regalado, N<sup>22</sup>; en su investigación “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia-Hospital Ramos Guardia Huaraz-2014”, realizado en la Universidad Autónoma de Ica año 2015, cuyo objetivo fue determinar la influencia de los factores personales e institucionales en el registro de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Tuvo como resultado que son tanto los factores intrínsecos como extrínsecos los que influyen en el correcto registro de las actividades de enfermería, dentro de los intrínsecos tenemos a la edad, conocimiento y motivación, y dentro de los extrínsecos se observa a la infraestructura, sobredemanda de pacientes, falta de programas de capacitación y dotación de personal.

Morales, S<sup>23</sup>; en el año 2011 Realizó una investigación denominada “Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad De Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua año 2011” Su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. De tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; Se llegó a las conclusiones: 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 estructura y el 96,9% en cuanto al cumplimiento del proceso de atención de enfermería

#### A NIVEL LOCAL:

Quevedo, G y Yampufé, M.<sup>11</sup> en el año 2013 realizaron la investigación denominada “Evidencia del proceso enfermero en los Registros de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque”; fue un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y transversal; el cual llegó a la conclusión que en ninguna de las áreas del servicio de emergencia

hay evidencia del proceso enfermero en sus registros, se registra sólo la valoración en cuanto a la dimensión biológica, no hay diagnósticos de enfermería ni planificación, la ejecución solo es en cuanto a las actividades interdependientes y la evaluación sólo se da en la dimensión biológica.

Gonzales L y Torre L.<sup>24</sup>; en el año 2008 realizaron una investigación descriptiva con carácter de propuesta titulada “Propuesta de registro de enfermería que evidencie el cuidado brindado por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del HNAAA”; se aplicó el análisis documental para analizar 360 registros que realizó la enfermera en los meses de estudio. Este proceso descriptivo permitió concluir que la enfermera no registra el cuidado holístico que brinda a la persona en estado crítico, porque enfatiza la valoración de las necesidades de supervivencia y las de seguridad y protección, descuidando las necesidades de amor y pertenencia, estima y autorrealización.

## **1.2 Base Teórica-Conceptual**

Para realizar un estudio sobre la calidad de los registros de enfermería es necesario conocer y determinar los criterios y conceptos que guiarán el estudio; para ello, abordaremos temas como la enfermería, el cuidado enfermero, calidad de la atención, la calidad de los registros en enfermería, el proceso enfermero y los registros de enfermería, sus características y el contenido que deben de poseer

Los orígenes de la enfermería están muy relacionados con el acto de cuidar; cuidar es una actividad sencilla, hecha por cualquiera y entendida así, es algo habitual en el ser humano que se practica continuamente en sus formas de autocuidado y cuidados de apoyo, como parte integrante de las actividades diarias de las personas, para responder a su aspiración esencial de cubrir ciertas necesidades básicas.<sup>25</sup>

El cuidar entendido como actividad humana, es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y

permitir la continuidad y la reproducción; es un acto individual dado a uno mismo y para uno mismo, en cuanto la persona adquiere la autonomía y conocimientos necesarios para ello; pero igualmente es un acto social, de reciprocidad que supone cuidar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados vitales.<sup>25</sup>

El cuidado profesional de enfermería requiere de competencias apoyadas por una base científica, creatividad, pensamiento crítico, comportamientos de cuidado, entre otros y no se centra solo en las enfermedades o problemas que afectan a la persona o a la familia a causa de una situación de salud; como son: la limitación de las capacidades para cuidarse, los dolores, los problemas relacionados con los procesos vitales o el desarrollo, sino también en sus necesidades no sentidas que experimentan a lo largo de su ciclo vital.<sup>26, 27</sup>

Watson propone una filosofía y ciencia de los cuidados; manifestando que cuidar constituye el eje central de la práctica de la enfermería; es más que una conducta orientada a la realización de tareas y comprende aspectos de la salud tan ambiguos como, la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente. Considera que los mejores cuidados de enfermería son el resultado de una combinación de estudios científicos y humanísticos que culminan en una relación terapéutica.<sup>28</sup>

En este ámbito se puede hablar de un cuidado transpersonal, el cual se sustenta en las creencias y valores que tiene el ser humano acerca de la salud y de cura, según sus experiencias y observaciones; con el fin de lograr un equilibrio en la persona, siendo el objetivo de enfermería ayudar a la persona a alcanzar el grado más alto de armonía entre mente, cuerpo y alma. Esta autora basa su teoría en diez factores de cuidado derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base científica.

Formación de un sistema humanístico – altruista de valores; este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de

cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

Inculcación de la fe- esperanza; Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás; el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza; el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos; el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones; el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso



enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal; este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual; las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas; la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas; la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión.<sup>29</sup>

En esta investigación se tomó en cuenta estos factores asociados al cuidar de la enfermera, sobre todo en la realización de la propuesta de

registros de enfermería, para así mejorar lo que registra el personal enfermero, en bien del paciente, del trabajo de enfermería y del hospital, porque no sólo se toman dimensiones biológicas sino también la dimensión espiritual, social familiar, además del aprendizaje sobre la experiencia de enfermedad para todo este entorno y lo más importante es que se incluye el proceso de cuidado como proceso de investigación.

Es decir, no solo se debe tener en cuenta el componente tecnológico y sus habilidades, sino también las actitudes y sentimientos en un nivel ético, humanista y solidario, que se aprende en la interacción y permite descubrir las necesidades de las personas, por lo que hay que tener en cuenta sus creencias, valores y el lente interpretativo mediante el cual mira al mundo.<sup>30</sup>

Cuando el cuidado adquiere condición profesional, cuando deviene en práctica razonada, científicamente aprendida y éticamente actuada, se convierte en objeto de pensamiento, en objeto epistémico, acto susceptible de ser pensado, iluminado por la teoría- conocimiento científicamente constituido y acumulado- aún capaz de discutir la teoría, de servirse de ella para justificarse como práctica política científica y, esencialmente, práctica susceptible de ser transformada, o práctica que se transforma en el preciso momento de pensarse.<sup>31</sup>

Consecuentemente, el acto de enfermería es en realidad una praxis, una fusión de práctica pensada-pensamiento devenido en práctica síntesis-dialéctica que se expresa en el proceso intersubjetivo de cuidar. La enfermería, pues, es una práctica teórica, una práctica susceptible de ser pensada y obligada a pensarse. Al mismo tiempo, esta obligación de salud es un imperativo ético que se concreta en el deber de pensar el cuidado para mejorar la atención de salud, para mejorar el conocimiento universal sobre el cuidado y desatar así su valor para la vida y el desarrollo humano y social.<sup>31</sup>

Por estas razones, la posibilidad de recuperar la práctica del cuidado como pensamiento determina la necesidad de constituirlo como objeto de estudio y ámbito de transformación mediante procesos científicos deliberados y metódicos, que permitan extraer de ella conocimiento y devolverla como objeto pensado.<sup>31</sup>

La actuación de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos, como la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones y los procesos involucrados con la salud.<sup>32, 33</sup> La enfermera emergencista que labora en Trauma Shock es un profesional que permanece en alerta las 24 horas del día, que debe estar atenta a cualquier cambio hemodinámico, a cualquier inestabilidad que pueda presentar el paciente e incluso a saber interpretar y escuchar el sonido de la alarma del ventilador mecánico, bomba infusora monitor; además debe de manejar su estado emocional para poder interrelacionar con la familia y con todo el equipo de salud ya que de por medio está la vida del paciente, debe de aplicar un buen criterio, incluso para el correcto uso de los recursos y materiales hospitalarios.<sup>32</sup>

Como se ha demostrado, todos los procesos que involucran la salud están regidos a márgenes de calidad y por ende enfermería está incluida. A nivel internacional diversas instituciones se han preocupado cada vez más por el mejoramiento continuo, en relación a todos aquellos aspectos que tienen que ver con los servicios que se brindan o que contribuyen a la calidad<sup>34</sup>.

La calidad es una dimensión que inicia en el mundo industrial, todavía muy reciente; por tanto es hasta finales de la segunda Guerra Mundial en que aparecen las diferentes fases de evolución de la misma implantadas en diversas organizaciones.<sup>34</sup>

Al proponer una evaluación de la calidad en esta investigación es necesario remontarse a diversos conceptos de calidad entre ellos, el de Juran, quien considera que no se conoce ninguna definición breve de lo que quiere decir calidad, pues la calidad tiene múltiples significados. Una definición sencilla de calidad es “la adecuación al uso,” definición que hay que ampliar rápidamente porque hay muchos usos y usuarios, por lo tanto, la calidad consiste en aquellas características que satisfacen las necesidades del cliente; la calidad es la ausencia de deficiencias.<sup>35</sup>

Para Rosales la palabra calidad no surge en el sector sanitario, se trata de una idea incorporada en el mundo industrial, que aparece en los años 30's como un procedimiento para detectar y corregir desviaciones en la producción.<sup>36</sup>

En el sector salud uno de los iniciadores de la calidad fue Donabedian quien asevera que la calidad de la atención médica es un atributo que debe tener un grado mayor o menor, dependiendo del objeto primario de estudio y para su valoración es necesaria una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes, a esta serie de actividades Donabedian la llama proceso de la atención<sup>37</sup>.

Determina que hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado, en este triple enfoque existe una relación funcional fundamental, significando que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad.<sup>37</sup>

En lo que se refiere al proceso, este es definido como un comportamiento normativo y en el que se incluyen básicamente las normas técnicas de atención, en el concepto estructura se incluyen los recursos físicos y financieros que se necesitan para proporcionar la atención médica; y Rjh

esultado como, un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica. Por último este autor refiere que para tener un juicio acerca de la calidad de dicho proceso, este puede hacerse a través de la revisión de información registrada.<sup>37</sup>

Hay autores que consideran a la calidad en los servicios de salud como un concepto clave, sin embargo no queda del todo clara para la organización dado que esta significa algo distinto para cada persona. Cuando se habla de calidad, dentro de los servicios asistenciales, generalmente se considera características típicas como eficacia, buen cuidado, eficiencia, etcétera, pero el usuario le da diversas interpretaciones<sup>38</sup>

Como puede verse, el concepto de calidad ha retomado múltiples significados dependiendo del momento y del área que se trate (salud, industrial, etc.); se han incorporado así mismo diversos elementos y componentes necesarios dependiendo de los criterios que cada autor desea interpretar acerca de la misma. Los criterios más comunes son Implícitos (los que reflejan lo que debía hacerse por un buen profesional en una situación determinada), y Explícitos (especifican en su enunciado las condiciones a seguir en una determinada situación, y son resultado de un proceso de discusión y consenso entre los profesionales implicados)<sup>38</sup>.

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería, ya que la cantidad de los registros ha aumentado ciertamente con los años, y aunque no se conoce con exactitud el año en que estos aparecieron, de manera formal se considera que Florence Nightingale fue la primera persona que hizo uso de registros como instrumentos estadísticos en el control de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. La influencia de la obra de Nightingale se centra en su aportación a la estandarización de los registros en los hospitales. “En 1870, Florence Nightingale dio una conferencia en el IV Congreso Internacional de

estadística, en el que se refirió a la necesidad de uniformar los registros en los hospitales”<sup>39</sup>.

La costumbre de Nightingale de tomar notas y su minuciosidad en apuntar todo lo que observaba le permitió no solo demostrar la veracidad de sus planteamientos sino dejarnos constancia de cómo esto puede constituir una actividad imprescindible en el trabajo de las enfermeras. De esta manera se deduce que aunque no es precisamente el surgimiento de los registros formales de enfermería, es posible que haya marcado el inicio de los registros de enfermería<sup>40</sup>.

Evaluar la calidad en cualquier sentido no resulta sencillo, implica entre otras cosas el hecho de considerar que la calidad está determinada de manera muy personal, lo que cada persona usuaria interpreta o entiende por calidad en base a los resultados que de ella obtiene<sup>36</sup>.

Evaluar por otro lado la calidad de los registros de enfermería no es fácil, tomando en consideración que en nuestro país pocas son las instituciones de salud que cuentan con programas actualizados para la revisión y evaluación periódica de los instrumentos de trabajo de Enfermería que coadyuvan a facilitar la actuación del personal con eficiencia, máximo resultado y mínimo esfuerzo del mismo. También son pocas las instituciones que han realizado investigaciones referentes a la calidad<sup>17</sup>.

Pocas instituciones cuentan con documentos específicos de Enfermería tendientes a sistematizar y simplificar los registros correspondientes al paciente, que permitan no solo establecer a la vez un plan de cuidados a seguir con la continuidad turno a turno, sino la valoración individual de todas las acciones que la enfermera realiza para contribuir en la mejora de la atención. De ello se desprende en parte la importancia de evaluar la calidad que tiene el registro de enfermería<sup>16</sup>.

La perspectiva actual de la enfermera es cada vez mayor en cuanto al compromiso que tiene durante la atención al paciente, y en general con la sociedad, pero poco se ha reconocido su trabajo ya que no ha logrado dejar constancia de las actividades que realiza con el paciente, poca importancia le ha dado precisamente a los registros de enfermería, los cuales muestran lo fiable de su actividad profesional<sup>17</sup>.

La complejidad de los cuidados de enfermería hace patente la necesidad de una comunicación fluida entre los profesionales, con una documentación fiable que recoja en el menor tiempo los datos que permitan un cuidado al paciente durante las 24 horas.<sup>41</sup>

El registro es una documentación formal, legal sobre la evolución y tratamiento del cliente”, puede decirse que, de manera inherente los registros de enfermería representan en forma conjunta el llamado proceso de enfermería. El registro es una fuente de datos muy valiosa, utilizada por todos los miembros del equipo de salud involucrados en la atención del paciente.<sup>41</sup>

Un registro es una relación sobre la historia de salud del cliente, estado actual de salud, tratamiento y evolución. Es altamente confidencial, y es un documento legal por medio del cual las enfermeras, médicos, los trabajadores sociales y otros miembros de salud comunican cosas sobre la persona cuidada<sup>41</sup>.

Aunque los formatos de los registros varían de un lugar a otro, estos cumplen diferentes fines: comunicación, documentación legal, investigación, estadística, educación, auditoria y planificación de los cuidados.<sup>42</sup>

Fundamentada en un amplio marco teórico, la ciencia de la enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia permitiendo que en la actualidad su trabajo esté basado en el proceso de enfermería mismo que para su

implementación como método de trabajo requiere de un sistema de registro que puede traducirse en las hojas de enfermería, registros o notas de enfermería.<sup>39</sup>

Lo anterior se ratifica que “el registro de enfermería ha de ser reflejo del proceso enfermero, por tanto deberá estar diseñado y estructurado de tal manera que exprese todas y cada una de las etapas que lo constituyen es decir: valoración, problemas detectados, objetivos, intervención, y evaluación” (una aplicación práctica a través de una herramienta viva), además refiere que al elaborar un registro, es recomendable acogerse a un modelo teórico de enfermería que preceda al diseño de registro y el de la institución que lo implemente.<sup>43</sup>

El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente. Debe también ser objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas. Estas anotaciones inician con la nota de ingreso, que contiene la fecha, hora y breve descripción de la condición del paciente; continúan con la evolución, en la cual se debe mencionar los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado. En todo registro debe quedar registrado la fecha, hora y firma de la enfermera que lo realiza<sup>41</sup>

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han creído que cuanto más información anoten mejor estará protegido legalmente; sin embargo, en la actualidad, las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio<sup>40</sup>.

Los registros de enfermería son de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente a quien se le satisface sus necesidades



por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte de la (el) enfermera(o), y finalmente para la institución prestadora de servicios porque es parte de la calidad del cuidado ofertada por los profesionales del equipo de salud en el que se encuentra laborando la enfermera.<sup>44, 45</sup>

Desde la perspectiva ética tienen que ver con el derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo, la intimidad, confidencialidad y secreto profesional. Así como la obligación que tienen las enfermeras de llevar a cabo su trabajo desde la autonomía profesional, la responsabilidad de sus acciones y la contribución al desarrollo profesional.<sup>45</sup>

Profesionalmente, el registro de enfermería tiene dos propósitos: Administrativo, pues define el objetivo de enfermería para el cliente o grupo, a diferencia la responsabilidad de la enfermería de la del resto de los miembros del equipo de salud; proporciona los criterios para la clasificación de los pacientes, la justificación para el reembolso y datos para el análisis administrativo y legal. También debe cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas; y proporcionar datos con fines científicos y educativos.<sup>45</sup>

En el aspecto clínico, los registros deben comunicarse con el equipo de salud, formar parte de la historia clínica del paciente, ser reconocidos administrativa y legalmente por la institución. Y viene a ser el único medio de prueba idóneo para acreditar un hecho de relevancia legal o administrativa<sup>45</sup>

Los registros de enfermería son diversos: anotaciones de enfermería, kárdex de enfermería, cuaderno de indicaciones especiales, cuaderno de admisión de ingresos y egresos de pacientes, record de pedidos de laboratorio de urgencia o interconsultas, hoja gráfica de controles vitales, hoja de balance hídrico, registro de indicadores y de productividad; así como fichas o

formatos propios a la especialidad. Existen múltiples formatos para registrar las actividades de enfermería lo que demanda más tiempo y no aseguran que se realice el proceso de cuidado de forma correcta<sup>45</sup>.

La documentación es un aspecto muy importante dentro de la práctica de enfermería, son los registros la forma de comunicación primordial entre los miembros de salud que brindan atención al paciente, revela la continuidad y evolución de los cuidados otorgados al mismo, y representa de manera efectiva la forma más viable de demostrar los cuidados que se brindan, sin embargo estos deben cubrir ciertas características o condiciones. Para lograr que los registros y los informes sean de calidad, sugiere que estos deben ser objetivos y contener información meramente descriptiva y objetiva.<sup>46</sup>

Directrices o características necesarias que deben cubrir un registro:

Real; Un registro contiene información descriptiva y objetiva sobre los que la enfermera ve, escucha, palpa y huele. Una descripción objetiva es el resultado de la observación y la determinación directa de las acciones<sup>46</sup>.

Exacta; La información debe ser fiable. La utilización de determinaciones exactas garantiza que un registro es exacto, la exactitud como medio de establecer si la situación de un paciente ha cambiado. La información por ejemplo de que “una herida abdominal tiene 5 cm sin enrojecimiento ni edema” es más exacta y descriptiva que “una gran herida abdominal está cicatrizando bien”<sup>46</sup>

Para una información exacta puede hacerse uso de abreviaturas y símbolos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura, el tipo de abreviaturas se utiliza y determina de acuerdo a lo preestablecido institucionalmente<sup>46</sup>.

La ortografía o escritura correcta aumenta la exactitud del registro, ya que hay términos que pueden interpretarse de manera errónea. Al terminar las anotaciones en el registro del paciente debe incluirse la firma de la enfermera con nombre o primera inicial, apellido y título.<sup>47</sup>

Completa; La información registrada en una entrada o en un informe ha de ser completa, conteniendo información concisa apropiada y total sobre el cuidado del cliente. Cuando los registros o informes son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar que prestó una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa acerca de las necesidades del paciente. El registro y la nota clara ofrecen la información esencial evitando palabras innecesarias y detalles irrelevantes<sup>46</sup>.

Actual; Las entradas o anotaciones a sus horas son esenciales en los cuidados continuados del paciente para aumentar la exactitud y disminuir la duplicación innecesaria. Pueden emplearse registros más específicos como: Constantes de signos vitales, administración de medicamentos, preparación para pruebas diagnósticas o cirugía, cambios del estado del paciente, admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente, tratamiento aplicado por haberse producido cambios bruscos en el estado del paciente y respuesta del paciente ante los cuidados<sup>46</sup>.

Al describir los cuidados, la enfermera debe referirse al problema del paciente, al cuidado otorgado y la respuesta del cuidado, lo más pronto posible, ya que la información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente<sup>45</sup>.

Organización; Los registros y la información contenida en ellos deben seguir un formato u orden a fin de explicar lo que sucede de manera clara y no provocar confusión<sup>46</sup>.

Confidencialidad; Dentro de las características de los registros éste debe poseer como atributo la confidencialidad. Los registros contienen información confidencial, por lo que la enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros no implicados en su atención, estando legal y éticamente obligada a considerar este derecho del paciente.<sup>42</sup>

Se sugiere además las siguientes directrices legales para el registro:

No borrar, utilizar líquido corrector o tachar los errores hechos durante el registro, la acción correcta es trazar una línea única sobre el error, escribir la palabra error sobre ella, después escribir la nota correctamente<sup>46</sup>.

No escribir comentarios ofensivos o críticos sobre el paciente o los cuidados de otros profesionales. La acción correcta es introducir solo descripciones objetivas de la conducta del paciente; hay que citar los comentarios del paciente<sup>46</sup>.

Se debe además corregir todos los errores precozmente, registrar todos los hechos, no dejar espacios en blanco en las notas de enfermería, si es posible trazar un gráfico de forma consecutiva línea a línea, registrar todas las entradas de forma legible y no utilizar lápiz, si se pregunta sobre una orden, registrar que se solicitó aclaración, apuntar en el gráfico solo el nombre de la persona que hace el registro, Evitar frases generalizadoras o vacías, anotar la hora de cada registro y acabar con la firma y el cargo<sup>46</sup>.

La gestión del cuidado incluye como lo hemos expuesto anteriormente, la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario); incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud. Por eso la enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. Pero debemos saber que la planificación de las intervenciones de enfermería requiere de la ciencia y el arte de la misma, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Nos estamos refiriendo al instrumento metodológico esencial del profesional de enfermería: Proceso Enfermero o Proceso de cuidado de enfermería. Este proceso tiene cinco fases.<sup>42</sup>

Dentro de las fases que se utilizan para brindar cuidados esta la valoración de enfermería, es el primer paso, abarca la recogida de datos objetivos y subjetivos; y su registro es importante para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los mismos<sup>48</sup>.

La valoración enfermera, se constituye en una acción completamente activa y para cuya realización se precisa disponer, no solo de conocimientos, sino de la voluntariedad y concientización de quien realice tal proceso, en caso contrario se puede caer en el error de estar recogiendo datos sin estar realmente valorando. Es necesario que la enfermera conozca las características propias, esenciales y sin artificio del modo de responder de las personas a las situaciones con las que se enfrentan, tarea altamente ardua y complicada ya que debe valorar las múltiples dimensiones del ser humano: el biológico, el espiritual, el psicológico y el sociológico<sup>48</sup>

La segunda fase del proceso enfermero es el diagnósticos de enfermería, el que debe quedar registrado, coincidimos con Gordon cuando define que el diagnóstico viene hacer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o grupo de la comunidad frente a problemas de salud real y/o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería<sup>47</sup>. El diagnóstico de enfermería y su utilización, se consideran la piedra angular del desarrollo de la enfermería profesional, por lo tanto, se hace necesario el establecimiento de un modelo de enfermería, de una forma filosófica específica que guíe y conduzca la práctica<sup>47</sup>.

En la redacción del Diagnóstico de Enfermería, se debe colocar la frase "relacionado con" entre la identificación del problema y el factor relacionado. Adicionalmente deberá colocar la frase "evidenciado por" y redactar los signos y síntomas que presenta el paciente (este "evidenciado por", puede ser opcional)<sup>49</sup>.

Los diagnósticos conllevan a planificar las intervenciones de enfermería, que son el conjunto de actuaciones que van a permitir lograr las metas establecidas, por lo tanto corregir, disminuir, mantener o prevenir respuestas humanas negativas y son resultados de los diagnósticos de enfermería.<sup>42</sup>

En la planificación los datos básicos a considerar son los criterios de resultados y las intervenciones ya sean interdependientes como las independientes.

Las intervenciones deben ser realista para el paciente y la enfermera e individualizado. Se deberá usar palabras que induzcan a la acción: explique, valore, monitorice, efectivice, vigile, etc<sup>49</sup>.

Las intervenciones para cuidar los pacientes con problemas interdependientes requieren de juicio clínico y conocimiento al controlar la evolución del enfermo de acuerdo con la preparación teórica y práctica de la enfermera, además se incluyen las actividades delegadas por otros profesionales.<sup>49</sup>

La clasificación de intervenciones de enfermería (CIEN), del inglés Nursing Interventions Classification, orienta a los profesionales del área para seleccionar las intervenciones que se considera favorecen la resolución del diagnóstico previamente establecido. La clasificación de los resultados de enfermería (CRE, del inglés Nursing Outcomes Classification), son indicadores de medición que permiten el planteamiento de los objetivos terapéuticos y la evaluación de los resultados logrados con la aplicación de las intervenciones.<sup>50</sup>

En la evaluación se compara lo planificado y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.<sup>51</sup>

De acuerdo con Griffith y Christensen<sup>52</sup> los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes: Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar y comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar: el paciente ha alcanzado el resultado esperado, el paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades y el paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.<sup>52</sup>

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es que es continua, así podemos detectar como va evolucionando la persona cuidada y realizar ajustes o introducir modificaciones para que el cuidado resulte más efectivo.<sup>52</sup>

La práctica de la Enfermería de Urgencias y Emergencias tiene un carácter multidisciplinar ya que se lleva a cabo junto a otros grupos profesionales: médicos, técnicos, y auxiliares, Dentro de este rol, las enfermeras/os de urgencias y emergencias se comunican, relacionan y comparten recursos, información, investigación, docencia, tecnología y experiencias<sup>53</sup>.

El servicio de emergencia es el órgano encargado de proporcionar atención médica o médico-quirúrgica de urgencia permanente, oportuna y

eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su salud ó su vida. La organización y el funcionamiento de la atención médica de emergencia y de primeros auxilios es diferente según las instituciones del sector salud. El primer nivel comprende la atención de primeros auxilios por personal no profesional que se dispensa en puestos sanitarios o postas médicas. El segundo nivel comprende las atenciones de emergencia dispensada por personal médico de centros de salud u hospitales que tienen personal médico escaso y turnos por lo tanto de reten. y el tercer nivel es cuando la atención de emergencia corresponde ya a un Servicio o departamento de emergencia permanente con equipo profesional completo las 24 horas del día.<sup>55</sup>

Una de las áreas importantes de la emergencia es Trauma Shock. La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable del área. El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro Servicio que corresponda, para su tratamiento definitivo<sup>55</sup>.

Todo traslado del paciente a otra área o Servicio debe ser indicado por el Médico tratante, así también determinará al personal encargado del traslado de acuerdo al estado del paciente y previa coordinación con el área de destino. La sala de Reanimación deberá contar con sistema informático donde se registre los datos de la atención realizada En aquellos servicios donde no se cuente con soporte informático, los pacientes atendidos serán consignados en libro de registros de atención, especificándose los siguientes datos: fecha, hora, nombre, edad, sexo, documento de identidad, número de registro o seguro, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del Médico tratante.<sup>55</sup>



### **1.3 Definición conceptual de variables:**

**Calidad.-** Se refiere al conjunto de propiedades inherentes a los Registros de Enfermería que le confieren la capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas del cuidado en el paciente del área de Trauma Shock <sup>54</sup>.

**Evaluación de la calidad.-** Es un proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos por la enfermera en cuanto a los registros de enfermería del área de Trauma Shock, con el fin de promover el perfeccionamiento de los mismos<sup>55</sup>. Implica el monitoreo y seguimiento con base a estándares e indicadores de estructura, proceso y resultado para medir periódicamente la ejecución de actividades como parte de un modelo continuo de mejora de la calidad, que ayudará a cambiar ciertos comportamientos de estos profesionales de la salud en el área de Trauma Shock<sup>56</sup>

**Registro de Enfermería:** Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica en los cuales se registran cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el personal de enfermería brinda, a los sujetos de cuidado a la persona y a la familia del área de trauma Shock<sup>57</sup>. Incluye el Proceso de Cuidado de enfermería como lenguaje universal para describir y efectuar los registros clínicos y reflejar las funciones independientes<sup>58</sup>.

**Trauma Shock:** Ambiente hospitalario donde se brinda atención a personas en estado grave, considerando el ingreso a esta área a los pacientes de prioridad I y II según Norma Técnica del Ministerio de Salud<sup>55</sup>, quienes requieren del soporte respiratorio y las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar, cuenta con recurso humano altamente especializado tanto en la parte organizacional como asistencial, además de equipos e insumos clínicos necesarios<sup>59</sup>.

#### 1.4 Definición operacional de variables:

Se definió la operacionalización de la variable Evaluación de la calidad de los registros de enfermería, mediante dimensiones, categorías e indicadores, detallados en el siguiente cuadro:

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Evaluación de la Calidad de Registros de enfermería en Trauma Shock - HRL 2015	Instrumento Estructura	Dimensión General	Nombre y apellido	Nominal
			Numero de cama	Nominal
			Redaccion	Nominal
			Orden	Nominal
			No enmendadura	Nominal
			Uso abreviaturas	Nominal
			Letra legible	Nominal
			Color legible	Nominal
			Orden cronologico	Nominal
			Firma	Nominal
		Sello	Nominal	
		Fecha/ Hora actualizada	Nominal	
		Dimensión Especifica	Historia clinica	Nominal
			Fecha/ Hora ingreso	Nominal
			Balance hidrico	Nominal
			Resumen balance hidrico	Nominal
			Diagnostico actualizado	Nominal
			Peso paciente	Nominal
			Monitorizacion de hoja grafica	Nominal
			Monitoreo horaria	Nominal
	Seguimiento antibiotico		Nominal	
	Funcion respiratoria		Nominal	
	Indicaciones actualizadas		Nominal	
	Interconsultas		Nominal	
	Orden Lab/ Imágenes		Nominal	
	Procedimientos invasivos		Nominal	
	Cuidados enfermeria general		Nominal	
	Signos y sintomas		Nominal	
	Medicacion en horarios	Nominal		
	Procedimientos ordenes	Nominal		
	Instrumento Contenido: Proceso de Cuidado Enfermero	Valoracion	Biologica	Nominal
			Psicologica	
			Espiritual	
			Social	
		Diagnostico	Respuesta Humana	Nominal
			Factor relacionado	
Planificacion		Criterio de resultado	Nominal	
		Intervenciones		
Ejecucion		Actividades independientes	Nominal	
		Actividades dependientes		
Evaluacion		Biologica	Nominal	
		Psicologica		
		Social		
		Espiritual		

## **CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

La presente investigación se realizó en el área de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional Lambayeque fue de enfoque Cuantitativo, usó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías<sup>60</sup>.

De tipo descriptiva, porque buscó especificar las propiedades, características y rasgos importantes del objeto de estudio<sup>60</sup>. En el caso de la investigación se tomó la información tal cual se presentó y se examinó de manera detallada los procesos de llenado y registro que usa la enfermera en el área de Trauma Shock del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Lambayeque.

El diseño fue no experimental porque se realizó sin manipular variables, es decir sólo se observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural en este caso el área de trauma shock del servicio de emergencia; fue de corte transversal porque los datos se recolectaron en un periodo determinado de tiempo, con estudio prospectivo debido a que el tiempo en que se obtuvieron los datos fue tres meses a futuro.

En la investigación la población estuvo constituida por 123 historias clínicas de pacientes, se estimó esta cantidad en base a los pacientes que ingresaron con tres meses de anticipación, información obtenida según el Libro de Ingresos que obra en el área de Trauma Shock.

El marco Muestral fueron los Formatos utilizados en el área de Trauma Shock. La Unidad Muestral estuvo constituida por las Historias clínicas de los pacientes ingresados.

Para el tamaño de la muestra de estudio, se consideró la muestra aleatoria simple de proporciones con población finita, con una muestra inicial de 93, pero que al utilizar el factor de corrección del muestreo se obtuvo finalmente 52 historias clínicas para el estudio. Las características de obtención de la muestra figuran en el Anexo N°1

Al ser la población de un trimestre, se distribuyó 17 Historias Clínicas equitativamente por mes, por lo tanto, se tuvo acceso suficiente a todas ellas.

Los Criterios de inclusión fueron: Pacientes que ingresan y permanecen más de 24 horas en el área de trauma shock tanto adultos como pediátricos.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes que reingresan por la misma patología y pacientes que son transferidos de otros servicios o unidades del hospital regional.

El instrumento de recolección de datos constó de dos partes: la parte de estructura que consta de 30 preguntas relacionadas datos generales (12 preguntas) y datos específicos (18 preguntas) obtenidos de los registros de enfermería. (Anexo 2) y la parte de contenido, contiene 5 ítems que especifican las etapas del proceso del cuidado enfermero (Anexo 3)

Todos estos ítems estuvieron referidos a si contienen o no, la información requerida, agregándose la casilla de observación, para que se especifique, algún problema extra o importante durante la evaluación de los registros de enfermería en el Área de Trauma Shock.

Para poder determinar una evaluación más detallada en cuanto a la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia en el Hospital Regional Lambayeque, se utilizó una clasificación mediante el criterio de la escala stanones, donde se determinó

una evaluación de baja calidad, media calidad y alta calidad, de acuerdo al puntaje obtenido mediante los valores de "1" si está presente el criterio "0" si está ausente el criterio, estas puntuaciones se suman al evaluar cada formato de enfermería en el área de trauma shock.

La escala estandones utiliza estadísticas descriptivas como media y desviación estándar de las puntuaciones totales, para así estandarizar y ubicarlas en la Campana de Gauss (Distribución Normal Estándar).

La clasificación para los instrumentos de recolección de datos en forma global, tanto para el aspecto estructura como para el aspecto contenido, fue la siguiente:

A.- Para el aspecto Estructura

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 24 a 30 = Buena

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 16 a 23 = Regular

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 15 a menos = Mala

A.1.- Aspecto estructura, Dimensión General (12 ítems):

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 10 a 12 = Buena

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 9 a 7 = Regular

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 6 a menos = Mala

A.2.- Aspecto estructura, Dimensión Específica (18 ítems)

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 14 a 18 = Buena

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 13 a 8 = Regular

Si marca la cantidad de ítems presentes (SI), de 7 a menos = Mala

B.- Para el aspecto Contenido

Si marca la cantidad de 5 fases presentes = Buena

Si marca la cantidad de 4 fases presentes = Regular

Si marca la cantidad de menos de 4 fases presentes = Mala

B.1.- Aspecto contenido, Dimensión Valoración

Si se le otorga un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si se le otorga un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si se le otorga un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

B.2.- Aspecto contenido, Dimensión Diagnóstico

Si se le otorga un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si se le otorga un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si se le otorga un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

B.3.- Aspecto contenido, Dimensión Planificación

Si se le otorga un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si se le otorga un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si se le otorga un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

B.4.- Aspecto contenido, Dimensión Ejecución

Si se le otorga un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si se le otorga un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si se le otorga un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

B.5.- Aspecto contenido, Dimensión Evaluación

Si se le otorga un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si se le otorga un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si se le otorga un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

En el instrumento hecho para el aspecto contenido se tomó en cuenta que, por cada dimensión existen ítems que pertenecen a dicha dimensión, si uno de estos ítems no se cumple, se tomó como respuesta negativa, solo si todos los ítems en cada dimensión están presentes, se tomó como respuesta positiva.

Se pidió el permiso correspondiente para el recojo de información al Hospital Regional Lambayeque, a través de la Dirección de Investigación; obtenido el mismo, se procedió a la selección de historias clínicas, teniendo en cuenta que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión

Se aplicó una prueba piloto a 20 historias clínicas para poder ajustar los Criterios de Validez (contenido, criterio y constructo), cuyos resultados se explican en el Anexo 4 y Confiabilidad (estadísticos como KR21 para variables dicotómicas) (Anexo 5) y así darle una mayor consistencia y estabilidad a los resultados que se generaron en las fichas de recolección de datos.

Se realizó la recogida de información mediante observación de los registros y análisis documental para obtener ideas relevantes, de las distintas fuentes de información, lo que permitió expresar el contenido sin ambigüedades, con el propósito de almacenar y recuperar la información contenida<sup>61</sup>, en este caso en los registros de enfermería usados en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque.

Para el procesamiento de la información al evaluar la calidad de los registros de enfermería en el Área de Trauma Shock en el Hospital Regional Lambayeque 2015, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23, donde se generaron estadísticos descriptivos univariados, bivariados, gráficos representativos al estudio.

Frente a la problemática encontrada se planteó una propuesta de un registro, en donde se utilizó el método de análisis y síntesis que nos permitió construir el formato donde se registren los datos, información general y cuidados al paciente que sea adecuado al área de trauma shock del servicio de emergencia del Hospital Regional Lambayeque, teniendo en cuenta sus características.

Durante la investigación se pondrá en práctica los principios de Belmont<sup>62, 63</sup>

Se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

**1. Respeto a las personas:** El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas.

El principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás<sup>62</sup>.

La siguiente investigación se realizó con la finalidad de mejorar el cuidado brindado tocando un punto importante como es el plasmado de los mismos en los registros de enfermería, sabemos que este trabajo debe ser basado en el respeto de la persona y su familia, anotando con exactitud la evolución, necesidades, capacidades, limitaciones y tratamiento de manera fiable además de favorecer la comunicación entre el personal de salud para así asegurar el restablecimiento de su salud y por ende reafirmar su autonomía. Además conlleva a la autonomía profesional de enfermería.

**2. Beneficencia:** Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

Las obligaciones del principio de beneficencia afectan a los investigadores individuales y a la sociedad en general, pues se extienden a los proyectos determinados de investigación y a todo el campo de investigación en su conjunto. En el caso de investigación científica en general, los miembros de la sociedad tienen la obligación de reconocer los beneficios que se seguirán a largo plazo, y los riesgos que pueden ser el resultado de la



adquisición de un mayor conocimiento y del desarrollo de nuevas formas de proceder en salud<sup>65</sup>.

La investigación tuvo el objetivo de lograr el beneficio de la persona cuidada en el área de Trauma Shock porque el usuario tiene derecho a una información por escrito de todas las acciones que el personal de enfermería lleva a cabo en búsqueda de su bienestar y recuperación. Al ser los registros instrumentos que contienen el trabajo diario de enfermería, la propuesta de mejora en el mismo contribuirá al surgimiento de la profesión.

**3. Justicia:** ¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Existen varias formulaciones ampliamente aceptadas sobre la justa distribución de cargas y beneficios. Cada una de ellas menciona una cualidad importante que establece la base para la distribución de cargas y beneficios.

62, 63

Se busca la justicia con este trabajo porque mejora el trabajo de todas las enfermeras del área porque evita las largas jornadas de llenado de registros repetitivos e inviables para el servicio, evitando arriesgar el cuidado directo al paciente.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla N°01: Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en los Aspectos Estructura y Contenido de forma global del Servicio Trauma Shock – HRL. 2015**

<b>ASPECTO ESTRUCTURA</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	26	50.0%
Regular	21	42.3%
Malá	5	7.7%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.0%</b>
<b>ASPECTO CONTENIDO</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	0	0.0%
Regular	3	5.8%
Malá	49	94.2%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Instrumento de medición de aspecto estructura y contenido de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque. 2015

#### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°1 referida a la Evaluación de los registros de Enfermería en los Aspectos Estructura y Contenido observamos que con respecto al primero en mención la evaluación es buena con un 50%.

El aspecto contenido difiere totalmente con el de estructura pues su evaluación es mala con un 94.2%.

**Tabla N°02: Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el Aspecto Estructura Dimensión General Servicio Trauma Shock – HRL.**

2015

<b>Dimensión General</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	19	38.4%
Regular	24	46.2%
Mala	9	15.4%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Instrumento de medición de aspecto estructura de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque. 2015

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°2 referida a la Evaluación de los registros de Enfermería en los Aspectos Estructura dimensión Global, se obtuvo que el porcentaje mayor es el correspondiente a Regular con un 46.2%

**Tabla N°03: Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el Aspecto Estructura Dimensión Específica Servicio Trauma Shock – HRL.**

2015

<b>Dimensión Especifica</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	18	34.6%
Regular	30	55.8%
Mala	4	9.6%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Instrumento de medición de aspecto estructura de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque. 2015

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°3 referida a la Evaluación de los registros de Enfermería en los Aspectos Estructura dimensión Específica, se denota que la evaluación realizada dio como resultado Regular con un 55,8% según escala de stanones.

**Tabla N°04: Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el Aspecto Contenido en las etapas del Proceso del Cuidado Enfermero.**

**Servicio Trauma Shock – HRL. 2015**

<b>ASPECTO: CONTENIDO</b>	<b>% PRESENTE</b>	<b>ESCALA STANNONE</b>	<b>LIM INF STANNONE</b>	<b>LIM SUP STANNONE</b>
<b>VALORACION</b>	55.77%	<b>REGULAR</b>	33.33%	66.67%
<b>DIAGNOSTICO</b>	0.00%	<b>MALA</b>	33.33%	66.67%
<b>PLANIFICACION</b>	7.69%	<b>MALA</b>	33.33%	66.67%
<b>EJECUCION</b>	73.08%	<b>BUENA</b>	33.33%	66.67%
<b>EVALUACION</b>	23.08%	<b>MALA</b>	33.33%	66.67%

**Fuente:** Instrumento de medición de aspecto contenido de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque. 2015

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°4 referida a la Evaluación de los registros de Enfermería:

- Aspecto Contenido- Dimensión Valoración, el resultado fue de un 55.77% ubicándose según escala de estaciones en el rango de Regular.
- Aspecto Contenido Dimensión- Diagnóstico, obtiene una evaluación de Mala con un 0%.
- Aspectos Contenido Dimensión-Planificación se ubicó en el rango Malo por obtener un 7.69%.
- Aspectos Contenido Dimensión-Ejecución tiene una evaluación de Buena con un 73.08% según escala utilizada para la investigación.
- Aspectos Contenido Dimensión-Evaluación se obtuvo 23.08% asignándole una calificación de Mala según escala usada en la investigación.

## DISCUSIÓN

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica de la persona, lo que conlleva repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos<sup>64</sup>.

Elaborar el registro de los cuidados que la enfermera proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para brindar un cuidado de calidad evidenciado y plasmado en la Historia Clínica, como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo las normas para el registro, sino también, la legislación vigente que afecta tanto a usuarios como a los profesionales de la salud<sup>65</sup>.

Al evaluar la calidad de cualquier aspecto o producto se establecen índices de calidad, se establece un juicio de valor, en el cual existe una meta establecida y una cifra que indica el resultado, la asignación de cifras porcentuales o absolutas deben de ser evidentes. Sin embargo al pretender evaluar parámetros subjetivos, se puede enfrentar a problemas difíciles aunque no imposible de solucionar. Existen modelos para la asignación de valores que van a depender de lo que se desee evaluar.<sup>37</sup>

Evaluar la calidad de los registros de enfermería llevó a la autora a la creación de dos instrumentos de medición (instrumento estructura e instrumento contenido) donde se reformuló un conjunto de ítems que evalúan la calidad de los registros de enfermería del área de trauma shock del servicio de emergencia.

En la presente investigación se puede inferir que la calidad de los Registros de Enfermería en el área de Trauma Shock del Hospital Regional Lambayeque en los aspectos estructura y contenido de forma global en la Tabla N°01 evidenciaron porcentajes diferentes, pues en el aspecto estructura la calidad era buena con 50% según escala de stanones, mientras que en el aspecto contenido es mala con un 94.2%,

Es decir en el aspecto estructura solo la mitad de los registros tienen la información y datos suficientes o completos para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente, mientras que el otro 50% no, los factores que influyen en la calidad de los registros son explicados por Corcoles. P, refiriendo que en esta etapa de cambio en los sistemas de salud, son de gran importancia los registros, sin embargo existe aún un amplio colectivo de enfermeras que no dan la suficiente importancia a los registros de su actividad, consideran al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial. Diversas razones se esgrimen para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, incluso admiten algunos las dificultades de plasmar por escrito nuestro trabajo, por la falta de costumbre o por el desconocimiento del lenguaje adecuado<sup>66</sup>

En el aspecto contenido es evidente que no tenemos afianzado las etapas del cuidado que son base de la profesión desde nuestra formación, el 94.2% conformado que no realiza diagnósticos, planificación, ejecución, evaluación y ni siquiera una buena valoración al ingreso de los pacientes graves al área crítica sólo un 5.8% de los registros presentan cuatro etapas del proceso de cuidado enfermero, situación preocupante para el logro de la autonomía de nuestra profesión, teniendo en cuenta que aplicándolo hacemos uso del método científico por el que se desarrolla un amplio marco teórico a la práctica profesional<sup>52</sup>. Los resultados obtenidos en el estudio de Quevedo, G y Yampufé, M<sup>11</sup> son similares a lo mencionado, pues en este

estudio tampoco se toma en cuenta el Proceso de Enfermería en un servicio de emergencia, sólo la valoración biológica es plasmada en el registro.

En este sentido si el registro no refleja de forma aproximada los cuidados prestados, el derecho del paciente no se cumple, por la insuficiente información. No basta por tanto, con reflejar datos, deben incluirse las valoraciones del propio personal, informaciones aportadas por los pacientes, así como incluir en definitiva el proceso de cuidado enfermero, todo esto aportará al paradigma humanístico de la profesión<sup>67</sup>

Los resultados obtenidos en base a los datos en el instrumento Estructura (Anexo 02); evidenció información relevante; que se dividió en dos dimensiones: general y específica.

En la presente investigación se puede inferir que la calidad de los registros de enfermería dimensión general evaluada en la Tabla N°02 es Regular, asignándosele 46,2%; implica la ausencia de datos generales como: nombre y apellidos del paciente (7.7%), número de historia clínica (38.5%), número de cama (38.5%), redacción (23.1%), orden (30.8%) , enmendadura (65.4%), no uso de abreviaturas oficiales (65.4%), letra ilegible (15.4%), no usa color oficial de lapicero (3.8%), no mantiene el orden cronológico (17.3%), no refiere fecha y hora actualizada (19.2%), ausencia de firma (5.8%). Fay YR refiere que los Aspectos fundamentales para la elaboración de los registros clínicos de enfermería son letra legible, uso de terminología científica, utilización de abreviaturas y unidades de medición universal e institucionalmente aceptadas<sup>68</sup>.

La calidad de los registros en la dimensión general está en relación con que los profesionales de enfermería no utilizan términos completos y adecuados 65.4% (Anexo 07). Se tiene que tomar en cuenta que el uso de abreviaturas es fundamental en el área de emergencias y en otros sectores del Hospital en donde el volumen de pacientes es muy elevado, y donde tanto la rapidez como la precisión son la máxima prioridad, es por eso que la

uniformidad en su uso (al menos dentro de la institución y sus dependencias) es esencial para lograr resultados satisfactorios. La solución sería designar abreviaturas oficiales, las que rige la norma técnica que puedan ser utilizadas por el personal de la institución para confeccionar registros, y que sean accesibles a quien las requiera para su consulta<sup>69</sup>

Farfán, G<sup>15</sup>Evidenció el problema de abreviaturas en su investigación, detallando que se hace uso indiscriminado de siglas “asumiendo” que son conocidas y/o Universales. En el 98% de los registros se encontró algún tipo de sigla y/o abreviatura, pese a que algunas instituciones al diseñar los registros incluyen las siglas que es permitido usar, en muchos casos no se socializa esta información al personal por lo que el uso de las siglas sigue siendo indiscriminados.

Otro aspecto que explica la regular calidad de registros de enfermería en el instrumento estructura dimensión general fue la ortografía y la presencia de enmendaduras que obtuvo un 65.4%. (Anexo 07). La ortografía o escritura correcta aumenta la exactitud del registro y evitan interpretaciones erróneas por otros profesionales de la salud que tienen acceso a la Historia Clínica, además de omisiones<sup>21</sup>.

La exactitud con que se llena la información debe estar ligada a la anotación de la fecha y hora correcta. La organización, los registros y la información contenida en ellos deben seguir un formato u orden a fin de explicar lo que sucede de manera clara y no provocar confusión<sup>25</sup>.

No borrar, ni utilizar líquido corrector o tachar los errores hechos durante el registro, la acción correcta es trazar una línea única sobre el error, escribir la palabra error sobre ella, después escribir la nota correctamente. Registrar todas las entradas de forma legible y no utilizar lápiz. Cada registro del paciente debe incluir la firma de la enfermera con nombre y apellido completo, así como el sello personal del profesional que brindó el cuidado, esto dará un respaldo legal al trabajo<sup>25</sup>.



Esta información concuerda con la encontrada en la investigación de Hernandez, D y Cols<sup>19</sup>, pues el registro usado en el trabajo de enfermero del servicio de Hemodiálisis en la Fundación Hospital, evidenciaba la pérdida de información general como datos de filiación, enmendaduras, letra incomprensible, entre otros, discontinuidad del cuidado y no se cumplía con lo normado para la realización del registro.

Según la OMS, los registros deben ser permanentes, con las limitaciones que tiene esta permanencia y tener una identificación que permita su localización y recuperación cuando sea necesario, lo que implica que todos los documentos que lo componen deben llevar una serie de datos como nombre y apellidos, número de Historia, número de Seguridad Social, DNI u otros que hagan posible su reconocimiento. Además de tener continuidad, es decir, debe existir la intención de realizar anotaciones sucesivas a medida que se precise. Esto es tanto una cuestión de espacio (no se pueden hacer historias "de un solo uso") como una necesidad para que la información acumulada tenga sentido<sup>70</sup>.

Potter<sup>47</sup>, menciona que las directrices a considerarse para evaluar la calidad de un registro incluyen que deberían ser reales y exactas, en donde el uso de abreviaturas y símbolos ayuda al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura; el tipo de abreviaturas se utiliza y determina de acuerdo a lo preestablecido institucionalmente.

Según Regalado, N<sup>22</sup>, los factores que influyen en la calidad de información vertida en los registros de enfermería, estos son intrínsecos como la edad, conocimiento y motivación, y extrínsecos como la infraestructura, sobredemanda de pacientes, falta de programas de capacitación y dotación de personal.

Por su parte León<sup>71</sup> afirma que diversas razones justifican la dificultad de registrar los cuidados de enfermería estas son: falta de tiempo, carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología,

dificultades de plasmar por escrito nuestro trabajo por falta de costumbre o por desconocimiento del lenguaje adecuado.

Debemos convencernos de la importancia de los registros, de su finalidad asistencial, investigadora y docente e incluso a nivel estadístico, ya que los registros suponen el reconocimiento de nuestro trabajo, además del imperativo legal y del reconocimiento de los derechos del paciente<sup>71</sup>.

La enfermera al administrar la historia clínica debe tener conocimiento que estos aspectos son fundamentales para la continuidad, comprensión y aseguramiento del cuidado al paciente crítico, pero es así, que se reafirma que los factores institucionales tienen total relevancia para el llenado correcto de los registros de enfermería y el trabajo en salud<sup>72</sup>.

La siguiente dimensión del instrumento estructura, es la específica, cuya evaluación en la Tabla N°03 fue de Regular con 55.8%; lo explica por la falta de información en la historia clínica (38.5%), incumplimiento del resumen del balance hídrico (48.1%), falta de los diagnósticos médicos actualizado (40.4%), el obviar el peso del paciente (30.8%), falta de monitorización (44.2%), no seguimiento antibiótico (36.5%), no registrar la función respiratoria (23.1%), registro de indicaciones actualizadas (15.4%), olvido de anotar ordenes de laboratorio/ imágenes (15.4%), actualización de fechas de procedimientos invasivos (28.8%), no anotar: cuidados enfermería (37.4%), signos y síntomas (32.4%), medicación en horarios (7.7%). (Anexo 07)

La investigación de Farfán, G<sup>15</sup>, guarda semejanzas con la presente, porque se evidenció también que el registro es muy general, lo que en muchos casos no permitió establecer cuáles fueron los cuidados que se brinda al paciente y por ende las condiciones en que éste se encontraba, además se caracterizó por ser pobre en la descripción del proceso de administración de medicamentos, bien porque el registro no tenía el espacio o porque el espacio para registro de reacciones a la terapia medicamentosa se usó para hacer notas administrativas.

Los resultados obtenidos en los ítems del instrumento estructura dimensión específica (Anexo 07) demuestra que 25% de los registros tenían la hoja de signos vitales incompleta, así como la omisión de balances hídricos 48.1% y kárdex incompletos 15.4%, “La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente se puede entender 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 individualmente debe tomar en el ejercicio de su profesión”<sup>73</sup>

Mención especial tiene la hoja de monitoreo de signos vitales horaria que se apertura a cada paciente cuya ausencia de información es de 44.2%, usada sólo en esta área con el paciente crítico, pues es imprescindible la valoración y el seguimiento que realiza la enfermera con el cuidado que brinda, es en base a esta valoración objetiva en el que se ve reflejado la evolución sea favorable o no, permitiendo tomar decisiones inmediatas no solo al profesional de enfermería sino a todo el equipo de salud, se denota que se incumple el monitoreo constante del paciente crítico, lo que conlleva a una deficiente valoración y manejo.<sup>74</sup>.

Al contrastar los resultados en el presente estudio con los resultados de Chaparro, L<sup>21</sup>, observamos semejanzas en cuanto a la ausencia de información y que solo algunos los registros están bien llenados y estos son los de mayor uso como: la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las órdenes médicas; mientras que registros propios de la disciplina son obviados o mal registrados. Así tenemos a las anotaciones de enfermería y a la hoja de signos vitales.

Los resultados encontrados sobre las anotaciones de enfermería, revelan que el registro de signos y síntomas relevantes es omitido en 32,4% de los registros (Anexo 07); es preocupante que no se anoten estos datos en algunos de los registros, puesto que implica fallas en el trabajo enfermero que acarreará consecuencias para el paciente, quien en muchos casos es quien

genera las quejas pues refiere haberse visto afectado por el cuidado que brindó Enfermería<sup>70</sup>.

Las anotaciones de enfermería constituyen la forma de comunicación escrita de hechos sucedidos en un lugar y momento determinados, ubica a cada persona dentro de un contexto socio-económico, ambiental, laboral, educativo y cultural; esto permite mantener informado a todo el personal de salud sobre el estado de paciente<sup>75</sup>.

La investigación de Morales, S<sup>23</sup>; guarda similitud con respecto a los resultados encontrados en la presente investigación, concluye que las anotaciones tienen una calidad regular en cuanto a su estructura, pues se omiten datos como signos, síntomas y observaciones del estado de salud del paciente

Los datos consignados en los registros antes mencionados son relevantes para documentar la historia natural de la enfermedad, incluyendo sus características, manejo y resultados con o sin tratamiento<sup>76</sup>, más aún por las implicaciones legales en las que puede incurrir, pues esta información sugiere el diagnóstico adecuado, el seguimiento de la terapéutica, su evolución y posible recuperación, teniendo en cuenta que los pacientes ingresados a esta unidad deben ser cuidados y atendidos de manera específica, eficiente y oportuna, pues su vida corre peligro<sup>77</sup>

La importancia de los registros, de su finalidad asistencial, investigadora y docente e incluso a nivel estadístico, haciéndoles interiorizar que los registros suponen el reconocimiento de nuestro trabajo, recordándoles además que por imperativo legal del reconocimiento de los derechos del paciente tenemos la obligación legal de registrar; y que además ya en la actualidad debemos adaptarnos al paso del soporte en papel al soporte informático<sup>78</sup>.

Además la evolución del trabajo de enfermería en cuanto a los registros se ve favorecida por el desarrollo legislativo, se empieza a interiorizar que los registros son además de un medio para avanzar en la calidad de los cuidados, un derecho del usuario a que quede constancia escrita de su proceso<sup>67</sup>, como parte de sus derechos a recibir los servicios de salud, así lo manifiesta la Ley 29414 del Perú<sup>79</sup>, respaldado y supervisado por la Superintendencia Nacional de Salud, manifestando que el derecho a la salud debe comprender elementos tales a la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad en todos sus procesos<sup>80</sup>.

En el Perú observamos que aumentan los problemas legales y las demandas a nivel de los profesionales de la salud, en el que las enfermeras se encuentran involucradas debido a la supervisión y evaluación de las historias clínicas. Por este motivo es que se tiene que fortalecer las notas de enfermería e implementarlas, poniendo en práctica el Proceso de Cuidado de Enfermería que actualmente es nuestro respaldo legal<sup>81</sup>.

El trabajo de la disciplina está basado en el Proceso de Cuidado Enfermero, este es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, tiene cinco etapas interrelacionadas, superpuestas en la práctica diaria, y que son: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución, evaluación<sup>52</sup>

En el análisis hecho al aspecto contenido Tabla N°4, cuyos ítems están vinculados al cumplimiento del proceso de enfermería, evidenciamos que la evaluación de la calidad varía de forma notoria en cada dimensión (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

Sabemos que una de las etapas del Proceso de Cuidado Enfermero es la valoración, esta puede ser organizada de varias formas: por patrones funcionales, necesidades humanas y dominios; siendo esta última la más objetiva<sup>48</sup>.

La valoración debe quedar registrada en los diferentes formatos que usa la enfermera en la práctica asistencial. Al analizar estos aspectos en los registros que fueron objeto de estudio, se observó que la valoración realizada por la enfermera obtiene en escala, una evaluación de Regular con un 55.77%, para lograr una valoración correcta se deben tomar en cuenta lo biológico, lo psicológico, espiritual y social<sup>48</sup>.

Las fichas evaluadas denotaban el predominio de la valoración biológica con 100% de los registros evaluados (Anexo 08), es decir lo concerniente a la oxigenación, eliminación, hidratación, nutrición evitación del dolor, por considerarlo prioridad en la vida del ser humano.

Se observó que en menor frecuencia se valora la dimensión psicológica esto puede deberse a que en un área crítica como lo es trauma shock los cuidados en un primer momento son dados para restablecer la homeostasia fisiológica antes que la psicológica. En el área de trauma shock se atenderán aquellos pacientes que independientemente de la causa clínica subyacente, presenten: Parada cardiorespiratoria, parada respiratoria, arritmia cardíaca grave (FV, TV), Inestabilidad hemodinámica, neurológica, respiratoria, desequilibrio hidroelectrolítico y en general todos los pacientes de los que se espera un empeoramiento inmediato que conduzca a inestabilidad hemodinámica. Son pacientes muy graves o potencialmente graves que necesitan un soporte cardiorespiratorio inmediato o de otra índole mientras establecemos la etiología de la enfermedad, las demás valoraciones son casi nulas en esta área<sup>82</sup>.

Los resultados de la investigación guardan semejanza con lo presentado por Perea<sup>18</sup>, la realidad es la misma, incluso en la unidad de cuidados intensivos post quirúrgicos, donde las enfermeras sólo registran las necesidades fisiológicas del paciente y en menor medida las psicosociales y espirituales. Asimismo la investigación realizada por Gonzales L y Torres L<sup>24</sup>,

evidencia la similitud de los resultados, pues concluye que la enfermera, no registra el cuidado holístico que brinda a la persona en estado crítico, porque enfatiza la valoración de las necesidades de supervivencia y las de seguridad y protección, descuidando las necesidades de amor y pertenencia, estima y autorrealización.

Por lo anterior podríamos afirmar que no se está registrando la valoración de la persona en su integralidad, dividiendo al ser humano, lo que lleva a pensar; por los registros que realiza la enfermera; que se está dando una atención centrada en el paradigma de categorización; donde desde el punto de vista de este paradigma y como también Nightingale opina; la persona es considerada según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual. Pero cada parte es independiente de la otra.<sup>30</sup> (en realidad sabemos que el cuerpo humano es un conjunto de componentes directa o indirectamente relacionados); corriendo el riesgo de aislar cada dimensión de la persona y por ende reducir el cuidado, quedando desplazado el cuidado holístico.

Al analizar la segunda etapa del proceso de enfermería en los registros, en la Tabla N°04, se evidencia una evaluación de Mala con un 0% del diagnóstico enfermero, esto puede obstaculizando el cuidado continuo, autónomo e integral que las enfermeras deben realizar<sup>49</sup>.

La taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA Internacional es un distintivo de la práctica profesional; representa uno de los elementos más importantes del proceso enfermero porque significa que las enfermeras tienen un rol independiente, además de un rol de colaboración con otros profesionales de salud. Por tanto los diagnósticos son la base para el trabajo profesional enfermero independientemente del entorno; es esencial para la práctica enfermera profesional y para la educación de la misma.<sup>83</sup>

El Diagnóstico de enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual).

NANDA I manifiesta que la enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.<sup>83</sup>

Los diagnósticos de enfermería tanto en las anotaciones de enfermería como en el kárdex, fijan su atención en las respuestas del paciente y en los factores que pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo. Los diagnósticos son la evidencia de un cuidado científico sistematizado que asegura la continuidad al mismo, por esto, al no existir dentro de los registros evaluados se puede pensar que el cuidado brindado está limitado sólo a una indicación médica y más no al trabajo autónomo e independiente de la enfermera<sup>84</sup>.

La falta de registro de los diagnósticos de enfermería puede deberse a la excesiva labor que tiene la enfermera del área de trauma shock, ya que no sólo realiza la función asistencial cumple también la labor administrativa, ocasionándole una sobrecarga laboral, disminuyéndole el tiempo para realizar las labores y obligaciones inherentes a su cargo los cuales debe cumplir durante una jornada laboral<sup>85</sup>. Así en la etapa de observación directa de la investigación se evidenció la falta de un formato adecuado donde se especifica la necesidad de consignar el diagnóstico de enfermería. Pues ninguno de los registros que se utiliza cuenta con un rubro para enunciar diagnósticos de enfermería, esta problemática también lo manifiestan las propias enfermeras del servicio de emergencia en sus reuniones mensuales.

Se asemeja a estudios realizados por Batista, M<sup>14</sup>; cuyo resultado fue que el diagnóstico enfermero tuvo una presencia sólo del 30.6%, acotando que Los factores que refirió el persona l fueron la falta de tiempo (40.9%), falta de conocimientos sobre el PCE (25 %) y falta de supervisión, retroalimentación y evaluación (15.9 %).



Inferimos que los resultados que plantea Rojas. J<sup>18</sup> son similares a los presentados en este estudio ya que concluye que el diagnóstico de enfermería no fue encontrado en ninguna de las fichas.

Los diagnósticos de enfermería, como ya lo habíamos mencionado conllevan a planificar las intervenciones de enfermería, que son un conjunto de acciones que permitirán otorgar el bienestar y equilibrio de la salud<sup>85</sup>.

La planificación se realiza en registros como las anotaciones de enfermería y el kárdex, la Tabla N° 04 nos muestra una evaluación Mala con un 7.69%, significa que en los formatos esta información está ausente.

En esta planificación se consideran los criterios de resultado e intervenciones que contemplan el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, usando palabras que conlleven al actuar: explique, valore, monitorice, vigile, entre otros. Los criterios de resultados según NOC; nos orienta que la práctica basada en la evidencia es un requisito imprescindible para el quehacer profesional. Por ello, la medición de los resultados es válida si los pacientes responden positivamente a las intervenciones de las enfermeras y ayuda a determinar si son necesarios cambios en el cuidado.<sup>85</sup>

El uso de resultados estandarizados facilita los datos necesarios para aclarar el conocimiento enfermero, avanzar en el desarrollo teórico, determinar la efectividad del cuidado enfermero y mostrar contribuciones de la enfermería hacia los pacientes, las familias y comunidades. La NOC proporciona el lenguaje para las etapas de proceso del proceso enfermero de identificación del resultado y evaluación; enfatizando en la importancia de utilizar un lenguaje estandarizado en la práctica enfermera<sup>85</sup>.

Los registros de la planificación de enfermería son una secuencia de actividades propias de la enfermera donde se programa tiempos a fin de alcanzar resultados esperados; la clasificación de las intervenciones de

enfermería NIC; es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería, las cuales incluyen el ámbito fisiológico y psicosocial. Esta clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función a los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (cuidados agudos, unidad de cuidados intensivos, cuidados domiciliario, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (desde la enfermería de cuidados críticos a la enfermería pediátrica y geriátrica).<sup>39</sup>

Evidenciamos que sólo uno de los criterios de esta etapa del proceso de cuidado se encontró presente; las intervenciones con 90.4%, mientras que los criterios de resultados se obvian y obtienen 7.7% de los registros evaluados (Anexo 08).

Esta es una problemática causada probablemente por las limitaciones en cuanto al número de personal, en donde la cantidad de pacientes supera la distribución ideal de enfermeras por paciente crítico que es de dos pacientes de prioridad I por enfermera, en esta área como lo sugiere la norma técnica de los servicios de emergencia de los hospitales del sector salud<sup>53</sup>.

El estudio de Quevedo, G y Yampufé, M.<sup>11</sup> corrobora nuevamente que las enfermeras no registran diagnósticos de enfermería ni planificación en un servicio de emergencia.

La evaluación de la calidad de los registros del instrumento contenido obtenida en la dimensión Ejecución fue de Buena con 73.08%. En ambos registros (anotaciones de enfermería y kárdex), no sólo se debe limitar a colocar las indicaciones médicas sino también planificar acciones independientes, esto reafirma la autonomía del actuar de enfermería y de la profesión.

Se observó, al revisar cada registro, que la enfermera no sólo se limita a ejecutar las acciones indicadas por el médico, es decir actividades interdependientes como: la administración de medicamentos prescritos, tramite de exámenes auxiliares, interconsultas y otros; sino con mayor énfasis acciones independientes que tiene enfermería como son; el brindar comodidad y confort cuidados de dispositivos, cuidados con la familia, entre otros. Al hacer un paralelo con los antecedentes encontrados en la investigación Batista, M<sup>14</sup>; la ejecución en este estudio obtuvo un 45.9%; lo cual resulta contrastante pues el resultado en porcentajes difiere en casi el doble. Por supuesto, existen variaciones si se toma en cuenta la realidad y empoderamiento de enfermería en cada país.

La dimensión evaluación del proceso de cuidado de enfermería en la Tabla N°04 tuvo un resultado Malo en la evaluación de calidad con 23,08%

La evaluación es la última etapa en el proceso de enfermería; evalúa y regula sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados<sup>52</sup>.

Esta información coincide con la investigación Rojas<sup>18</sup>, donde se obtiene que las enfermeras de cuidados intensivos realizan en menor medida el diagnóstico y evaluación del proceso de enfermería; y con la investigación de Quevedo, G y Yampufé, M<sup>11</sup>, Donde la evaluación solo se da en la parte biológica.

Por tanto, es necesario que en los registros de enfermería se refleje el cuidado integral que se brinda, por ello, debe evidenciarse las etapas del proceso de enfermería, además conlleva a mejorar los servicios de salud que brinda el personal de enfermería, basado en la Ley del Trabajo Enfermero<sup>1</sup> y la Norma Técnica de Acreditación de Hospitales<sup>86</sup> en donde la función y el

papel de la enfermera es de suma importancia para lograr alcanzarla, retos que deben cumplirse para mejorar la situación de salud del país, el empoderamiento de enfermería y el renombre de la profesión, sin dejar de lado lo básico e imprescindible: la salud de la persona.

Para concretar el tercer objetivo de la investigación que fue: elaborar la propuesta de registro de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia, la autora de esta investigación creyó conveniente elaborar un formato (Anexo 06) práctico, flexible, sistemático, preciso y de fácil manejo que va a reflejar el cuidado brindado a la persona; hecho que se demostrará al registrar la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del proceso de cuidado enfermero, además de mejorar la comunicación entre el equipo de salud, las investigaciones de Catarina, A.<sup>16</sup> ; refiere los beneficios de la creación de un registro estandarizado del trabajo enfermero como Mayor grado de satisfacción del personal implicado al proceso de mejora; favorece la comunicación entre equipos de enfermería.

Hernández, D Y Cols.<sup>19</sup>, sugiere la puesta en marcha de un nuevo documento para el registro enfermero, concebido como una guía para la prestación de cuidados, evitando pérdida de información general y específica, continuidad de la atención y mejora en lo que se registra, a comparación del anterior que no evidenciaba el cumplimiento de lo acotado anteriormente.

De esta forma, sentamos la base para la mejora continua de la calidad asistencial, lo que beneficiará al paciente y a los profesionales.

Se ha tenido en cuenta para su elaboración las exigencias del área y aporte de las especialistas en emergencia y área crítica; donde el uso del formato les permitirá.

- Brindar una visualización rápida y concreta del estado de salud de la persona en estado crítico.

- Contribuir a disminuir la inversión de tiempo al realizar múltiples registros.
- Difundir el proceso de atención de enfermería con el equipo multidisciplinario.
- Reflejar el cuidado realizado por el profesional de enfermería en el paciente crítico basado en la secuencia del proceso de cuidado de enfermería.
- Demostrar que las intervenciones del profesional de enfermería están basados en proceso científicos, el cual redundará en el reconocimiento de la profesión, el servicio y la institución en donde lo realiza.

## CONCLUSIONES

1.-La medición de la calidad de los registros de enfermería en los aspectos estructura y contenido de forma global en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2015, obtuvo que en el primero en mención es Buena con 50%, mientras que con el instrumento contenido fue de Mala con 94.2%

2.- En la medición de la calidad de los registros de enfermería en el aspecto estructura dimensión general donde se resalta; nombre del paciente, hora de ingreso, redacción y letra legible, colocación de sello, datos de filiación, entre otros, en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2015, la evaluación fue de regular con 46,2%.

3.- La evaluación de la calidad de los registros de Enfermería del aspecto estructura dimensión específica en el que se consideran aspectos tales como; cumplimiento de indicaciones médicas, llenado del balance hídrico, monitorización, correcta redacción de las notas de enfermería, entre otros, en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2015, dio como resultado Regular designándole un 55.8% de las historias analizadas.

4.- La evaluación de la calidad del aspecto contenido de los registros de enfermería en la dimensión valoración, en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015 dio como resultado Regular con 55.77% según escala de stanones.

5.- La evaluación de la calidad del aspecto contenido de los registros de enfermería en la dimensión Diagnóstico en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015 concluyó siendo Mala con 0.0%.

6.- La evaluación de la calidad del aspecto contenido de los registros de enfermería en la dimensión Planificación en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015 tuvo una connotación de Mala con 7.69%.

7.-La calidad del aspecto contenido de los registros de enfermería en la dimensión ejecución, en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015 tuvo una evaluación de Buena con 73.08%.

8.-La calidad del aspecto contenido de los registros de enfermería en la dimensión evaluación, en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015 tuvo una evaluación de Mala con 23.08%.

9.- El formato propuesto se basa en los aspectos teóricos de Watson; en la metodología específica del trabajo de la enfermera: el proceso enfermero, la valoración por dominios, los diagnósticos enfermeros propuestos por el NANDA y las intervenciones de enfermería.

10.- Con el uso de un formato unificado, práctico, sistematizado y flexible se logrará brindar una atención con calidad en la que se evidencie el trabajo pormenorizado realizado por el profesional de enfermería.

## **RECOMENDACIONES**

### **A la institución asistencial:**

1.- Difusión de la presente investigación al personal profesional de enfermería a fin de que permita reflexionar sobre la importancia del registro del cuidado en base a la aplicación del proceso de cuidado enfermero.

2.- Impulsar la socialización y aplicación del formato de registro de enfermería del Paciente Adulto y Pediátrico del área de Trauma Shock del servicio de emergencia, en la que se incluye al Proceso de Cuidado Enfermero desde la valoración hasta la evaluación.

### **A las profesionales de enfermería:**

1.- Que analicen, enriquezcan y pongan en práctica esta propuesta que permita la visualización panorámica de la evolución del paciente crítico, porque mejorará la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería y porque es necesario que los registros evidencien el cuidado enfermero brindado, mejorando el estatus del profesional de enfermería.

### **A las escuelas y facultades de enfermería:**

1.- Forjar en los estudiantes de pregrado y postgrado el estudio del cuidado de enfermería sistematizado en registros que servirán como productos hacia la construcción de indicadores de cuidado clínico.

2.- Promover el uso de programas informáticos de planificación de cuidados que reduzcan el tiempo utilizado en registros narrativos formando a los profesionales en el uso de tecnologías de información, con el fin de ir ampliando nuestra visión de registros de enfermería.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reglamentación de Ley del Trabajo del Enfermero Peruano, Ley N° 27669, Decreto supremo n° 004 - 2002 – sa; Capítulo II, artículo 09;; Fuente diario “ El Peruano”( 22-06-2002)
2. Ibarra, F.J.A & Garcia, S. M. Registros de Enfermería en Revista Cubana de Enfermería versión electrónica, extraído Octubre 2006.
3. Facultad de Enfermería- Universidad Nacional de Colombia, El Arte y la Ciencia del Cuidado –.. Sede Bogotá. P. 29 – 30.
4. Álvarez P, Mengana F.T Y Cols Metodología para la evaluación de la calidad de los servicios y programas, en: Desarrollo Científico de la Enfermera. 1998. 6 (1): 20 – 28.
5. HALE. Journal of Clinical Nursing, El Registro en Enfermería como herramienta para identificar intervenciones en: Diario de Enfermería Clínica. 1997. 6(3): p.207-214.
6. De Pedro J, Zaforteza C. No más estudios sobre registros de enfermería: ¿Hay resultados en términos de salud? Evidentia 2005; 2(6). Consultado el 6 Febrero del 2015 Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n6/147articulo.php>
7. Currell R, Urquhart C. Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida), En: la Biblioteca Cochrane Plus, Número 2, oxford: Update Software Ltd.2008
8. Martínez B. Calidad asistencial ¿Sólo una filosofía? Conferencia inaugural en foro científico. Revista Index de Enfermería 1994; p.10.
9. Cianciarullo, T. I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.
10. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Dirección General de Salud de las personas. Lima 2005
11. Quevedo, G; Yampufé, M .“Evidencia del cuidado de enfermería en los registros de enfermería Hospital Regional Lambayeque.2013”[tesis de especialidad] Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo;2014
12. Norma técnica N| 0021- MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica Categorías de establecimientos de sector salud. Dirección General de Salud de las Personas. 2004.

13. Norma Técnica para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de los establecimientos de salud. Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para Infraestructura en Salud. Publicado en el mes de Julio del 2000.
14. Batista, M; Alvarado, E; Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria/Vacunación, Hospital General de Zona 50. Coordinación de Cursos de Enfermería, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí. México, 2015
15. Farfán, G ; Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería ,departamento de Salud colectica Bogotá, 2013.
16. Catarina, A. "Evaluación y Mejora de Registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil[tesis para obtener el grado de magister] universidad de Murcia; Brasil; 2012.
17. González, M; "Evaluación de la calidad de los registros de enfermería" [tesis para obtener el grado de magister en enfermería] Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Enfermería. Santiago de Queretaro, México. Mayo 2007.
18. Rojas,J. "Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos 2009"[ Tesis para obtener grado de Magister en enfermería] en la Universidad de Antioquía. Colombia 2010
19. Hernández, D Y Cols. "Elaboración de un registros enfermero para Hemodiálisis según la norma ISO 9001: 2005", Unidad de Hemodiálisis-Fundación Hospital en el año 2007.
20. Perea, M. "Registro de valoración al ingreso en una unidad de cuidados intensivos postquirúrgicos. [En línea] VOL 6, NUM 1 Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados , 2007. Disponible en: [http://www.index-f.com/ind9x-enfermeria/44revista/44\\_articulo-\\_42-46.php](http://www.index-f.com/ind9x-enfermeria/44revista/44_articulo-_42-46.php).
21. Chaparro, L. García, D. "Registros del profesional de enfermería como evidencia de continuidad del cuidado". Servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud. Revista enfermería intensiva. 2007.6(4):16-21
22. Regalado, N; "Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia-hospital Ramos Guardia Huaraz-2014", Universidad Autónoma de Ica. 2015,

23. Morales, S, "Calidad de las anotaciones de enfermería en la unidad de cuidados intensivos- Hospital Regional Moquegua 2011".[tesis de especialidad] Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2011.
24. Gonzales L y Torres L. "Propuesta de registro de enfermería que evidencie el cuidado brindado por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del HNAAA 2008" [Tesis de especialidad]; Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; Facultad de enfermería; Lambayeque; 2008.
25. Bello. N, "Fundamentos de enfermería parte I"; La Habana: editorial Ciencias médicas; 2006.
26. Morse, JM, Solberg S Y Cols "Concepts of Caring and Caring as a Concept. Advances in Nursing Science" 2008
27. Kérovac S, Pepin J, Ducharme F, Y Cols "El pensamientoenfermero enfermero" Barcelona: Masson. 1996 Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/2004;44-45:42-46.php>
28. Barnhart D et al. Watson J. Filosofía y ciencia de la asistencia. 3ª Ed En: MarrinerTomey A, y RaileAlligood M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Harcourtbrace. 1994. p. 151.
29. Teoríasdeenfermeriaun.blogspot.com; el cuidado: Jean Watson. 12 de junio 2012 [acceso 12 de Noviembre 2014]. Disponible en [shttp://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html](http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html)
30. Marriner, A: Modelos y teorías de enfermería. 5a. España. Harcourt Brace; 1999.
31. OPS, OMS. Investigación Cualitativa en Enfermería. Metodología y Didáctica. Serie PALTEX Salud y Sociedad. Brasil.2013.
32. Morse JM, Solberg SM,. Concepts of Caring and Caring as a Concept. Advances in Nursing Science, 1990. 13 (1):1-14.
33. Pepin JI Family Caring and Caring in Nursing. Image: Journal of Nursing Scholarship, (1992). 24(2):p. 127-131.
34. Lyonnet, P.. Los métodos de la Calidad Total, ediciones Díaz y Santos S.A. 1989. p. 1-11.
35. Juran, J. M.. Planificación para la Calidad México, Díaz y Santos, 1990. p. 1-15.
36. Rosales C. I.Evaluar la Calidad (Una Condición para la eficacia) en Revista Rol de Enfermería, 1994. (189): p.76 -78

37. Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica, Definición y métodos de evaluación, (1ª. reimp.) La Prensa Medica Mexicana. México, 1991.
38. Gilmore M. C. & Moraes N. H. Manual de Gerencia de Calidad, OMS, OPS, Fundación Kellogg's Manuales operativos Paltex 3. 1996. (9)
39. Fernández, F. C., Garrido, A.P. Enfermería Fundamental . Edit. Masson., España. 2003
40. García. M. C. & Martínez, M. Historia de la Enfermería, Evolución del Cuidado Enfermero, Edit. Harcourt, España. 2001
41. World Health Organization. Oficina Regional Para Europa. Copenhagen. Registros específicos de enfermería en AP. 5.6. OMS, 1993.
42. Kozier. B & Glenova E. Técnicas de Enfermería Clínica Vol. I, Edit. McGraw-Hill- Interamericana. 1998. P.45-63
43. Valenzuela, R. J. A., & Cámara, A. S., Registro del proceso Enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación practica a través de una herramienta viva. Salud y Cuidados (versión electrónica) No. 7 No. 7
44. Benavent, C, Ma Amparo. Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales. [En línea]. [Fecha de acceso: 30 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com> - Bioética en la Red .
45. Lopez G y Col. Registros de enfermería. Elemento clave en la atención primaria. Rev. ROL de enfermería, 135: 15-19(en línea) (fecha de acceso 29 de enero del 2014) disponible en [http://www.dialnet.uniroja.es/servlet/revista?tipo\\_busquedaCODIGOy clave\\_revista135-20k](http://www.dialnet.uniroja.es/servlet/revista?tipo_busquedaCODIGOy clave_revista135-20k).
46. Cañete, M. El Registro de Enfermería: Debería hablar por si solo, Noticias Revista VEA No. 1, (versión electrónica), extraído el 31 de julio del 2006
47. Potter;A. P. Griffin , A. & Perry. Fundamentos de Enfermería, 5ta.Ed.) Harcourt Brace, 2002.p-66-87,512-535
48. Rodríguez, C. La valoración enfermera. Guía para la valoración del paciente con trastornos nefrológicos. [En línea]. [Fecha de acceso: 31 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/catalinarodriguez>. PDF
49. Benavent A, Ferrer E. Fundamentos de enfermería Madrid- Valencia-España; editorial diffusion avances de enfermería; 2010

50. Cáceres, F. Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado. 2004. [en línea]. [Fecha de acceso: 30 de enero 2014] Disponible en [http://www.editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r721\\_op\\_2.pdf](http://www.editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r721_op_2.pdf)
51. Vélez M. Plan de cuidados de enfermería [en línea]. [fecha de acceso 31 de enero del 2014] disponible en <http://tone.udea.edu.co/revista/sep95/Planr>
52. Griffith JW, Christensen, Pj. Proceso de atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Mexico: el Manual Moderno; 1986:6,
53. Norma técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud N T N° MINSA / DGSP V.01 Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud 2004.
54. Espinosa, N y Gómez, J Evaluación de la calidad. Dirección de la Calidad. Editorial ISPJAE 2006 [fecha de acceso 13 marzo del 2014] disponible en: [https://www.ecured.cu/Juan\\_Almeida\\_Bosque](https://www.ecured.cu/Juan_Almeida_Bosque).
55. Ortega VC, Suárez VG. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería, 2ª ed. d.F, México: Panamericana; 2009.
56. Alvarado, S ; SOAPIE: Indicador de la calidad de registros de Enfermería Visto en: <http://www.enfermeriaperu.com/gesenfer/soapieindicalidad.pdf>.
57. Murphy J, Burke L. Anotar las excepciones: una forma más eficaz de hacer los registros. Nursing 1991; 9(3):3941.
58. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>.
59. [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe) visto el 21/03/2017
60. Hernández R. Y col. "Metodología de la Investigación"; 5 ed; Mexico; Mc Graw- Hill interamericana; 2010.
61. Observación como habilidad inicial en el proceso de investigación. UNIVERSIDAD LA SABANA. Visto el 10 de febrero de 2017, de: [http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/observacion\\_como\\_habilidad\\_inicial\\_en\\_el\\_proceso\\_de\\_investigacion/paginas/clasificacion.htm](http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/observacion_como_habilidad_inicial_en_el_proceso_de_investigacion/paginas/clasificacion.htm)
62. Burgos, J, Introducción al personalismo. Palabra, Madrid, 2012. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

63. [http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe\\_belmont.html](http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html), visto en:  
<https://es.scribd.com/doc/4769317/Abreviaturas-medicas-MDP>
64. García, S; Navío, A.; Valentín, L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería Centro de Trabajo: (1) D.U.E. Medicina Interna I del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España. 2007
65. Mejía L. Registro de Enfermería en la Gestión del cuidado. Lima. Consejo Regional III C.E.P. 2000
66. Corcoles P. El dossier de enfermería En el Complejo Hospitalario De Albacete: Composición y control de calidad. Registros de enfermería: Perspectivas del futuro y posibles soluciones. España. 2002.
67. Bautista, L. Registros de Enfermería, revista ciencia y cuidado. Revista ISSN 1794-9831. E-ISSN 2322-7028. Vol. 12 No. 2. Cúcuta, Colombia. 2015
68. Fay YR. Registros de enfermería: cuidados de calidad. Nursing 21(3):23-27.2003
69. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>
70. Maldonado, L; Problemas médico-legales de la historia clínica en el ejercicio libre de la Medicina, "Los derechos del enfermo", Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia, 1987.
71. León, J; Manzanera, J; Et al; Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. Enferm.glob. no.19 Murcia jun. 2010.
72. Cortez, R; Análisis de la demanda por servicios de salud. Ministerio de Salud del Perú. 1997.
73. Ramos, E, Nava, M & San Juan, D. (2011), p.157
74. <http://yolandacoraspe.blogspot.pe/2012/09/registros-e-informes-de-enfermeria.html> visto 02 de marzo del 2016.
75. Sisalima J; Sotelo P; Aplicación de normas y principios técnicos en la elaboración de los Reportes de enfermería en el Departamento de Medicina Internadel Hospital "José Carrasco Arteaga", Cuenca, 2010.
76. <https://www.guimetabolica.org/noticia/registro-pacientes-herramienta-importante-investigación>.

77. Quezada, W; Problemas éticos en el cuidado del paciente (2007)  
Disponible en: [www.medicinainterna.com](http://www.medicinainterna.com).
78. Ruiz, A; Calidad en los Registros de Enfermería. Escuela de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera-CEU de Valencia. Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. 2005
79. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud Decreto Supremo N°027-2015-SA.Reglamento de la Ley N°29414, Aprobada el 13 de Agosto del 2015
80. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2015/ponencia/240915/9-2%20Presentacion%20Derechos%20y%20Deberes.pdf> visto 11 de diciembre 2016
81. FUDEN (Fundación para el desarrollo de Enfermería), encontrado en [http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n\\_enfermera.pdf](http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf).
82. García, A; “Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias Servicio de Urgencias Hospital General”; Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada 2014.
83. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación 2012 – 2014 Editado por T. Hearther Herdman, PhD, RN. ELSEVIER España, S.L.2013
84. “Diagnósticos estandarizados de enfermería. Clasificación de los Factores Etiológicos.” Departamento de Metodología e Innovación del cuidado (FUDEN) 2ª edición. C/ Veneras, 9 - 2º- dcha. 28013 MADRID. 2011
85. Chávez, T; Barreras que limitan la aplicación del método enfermero en una Institución de Segundo Nivel de Atención. Tesis de licenciatura. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, Instituto Politécnico Nacional; México: 2006;
86. Norma técnica N° 050- MINSA/DGSP-V.02 Norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. 2007.

## ANEXOS

Anexo N°1

- Diseño muestra para la obtención de las historias clínicas

Fórmula del M.A.S. con población finita:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot z^2}{(z^2 \cdot p \cdot q) + (e^2 \cdot (N - 1))}$$

Dónde:

N = Población de estudio

P = Proporción de interés en la investigación

Q = Complemento de P

E = Error permitido

Z = Valor tabular en la distribución normal estándar.

Para obtener la cantidad de registros mínimos a seleccionar, se utilizó muestreo aleatorio simple, usando la población conocida, que se obtuvo reemplazando los valores en la fórmula, siendo:

$$n = \frac{(123) \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot (1.96)^2}{((1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)) + ((0.05)^2 \cdot (123 - 1))}$$

$$n = 93$$

Utilizando el factor de corrección del muestreo, se obtuvo finalmente:

$$n_{final} = \frac{n_{inicial}}{1 + \frac{n_{inicial}}{Poblacion}}$$

Reemplazando se tiene:

$$n_{final} = \frac{93}{1 + \frac{93}{123}}$$

$$n_{final} = 52$$



ANEXO 2

**Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo**  
**Escuela de Postgrado**  
**Maestría en Enfermería**

**Objetivo de la investigación:** Evaluar la calidad de los registros de enfermería en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015

**Instrumento Estructura de la Evaluación de la Calidad de los Registros de Enfermería en el área de Trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2015**

<b>E = ESTRUCTURA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1. Registra Nombre y Apellido de paciente			
2. Número de Historia Clínica (kárdex, anotaciones de enfermería, hoja gráfica)			
3. Número de cama (kárdex, hoja gráfica, balance hídrico, anotaciones de enfermería)			
4. Fecha y hora de ingreso			
5. Considera balance hídrico (formato de balance hídrico)			
6. Considera resumen de balance hídrico en hoja grafica			
7. Estructura correcta (Redacción) ( hoja de anotaciones de enfermería)			
8. Refleja orden			
9. No presenta enmendadura (uso de corrector)			
10. Uso de abreviaturas no oficiales			
11. Letra legible			
12. Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul diurno, rojo noche)			
13. Mantiene orden cronológico			
14. Realiza firma (identificación de la enfermera)( anotaciones)			
15. Coloca sello (anotaciones)			
16. Registra diagnósticos médico actualizados (anotaciones, kardex y hoja gráfica)			
17. Registra peso del paciente (kardex, hoja gráfica, hoja de monitoreo, balance hídrico)			
18. Registra fecha y hora actualizada			
19. Registra la monitorización de signos vitales cada turno ( hoja gráfica)			
20. Registra monitorización de signos vitales cada dos horas (hoja de monitoreo hemodinámico)			
21. Registra seguimiento de antibióticos			
22. Anota función respiratoria y/o ventilatoria (hoja de monitoreo)			
23. Registra las indicaciones actualizadas en la hoja de kárdex			
24. Registra interconsultas realizadas			
25. Registra ordenes de laboratorio e imágenes			
26. Especifica procedimientos invasivos con fecha de inicio y cambio (kárdex)			
27. Registra cuidados de enfermería generales en el kárdex			
28. Registra signos y síntomas (Anotaciones de enfermería)			
29. Registra medicación en horario (Anotaciones de enfermería)			
30. Registra procedimientos, ordenes de laboratorio, imágenes (Anotaciones de enfermería)			

**Lic. Enf. Guilliana Daniela Quevedo Ríos**

Anexo 3

**Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo**  
**Escuela de Postgrado**  
**Maestría en Enfermería**

**Objetivo de la investigación:** Evaluar la calidad de los registros de enfermería en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015

**Instrumento Contenido de la Evaluación de la Calidad de los Registros de Enfermería en el área de Trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2015**

<b>C = CONTENIDO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>I. VALORACION:</b> 1. Biológica 2. Psicológica 3. Espiritual 4. Social			
<b>II. DIAGNOSTICO:</b> 5. Respuesta humana 6. Factor Relacionado			
<b>III. PLANIFICACION</b> 7. Criterios de resultado 8. intervenciones			
<b>IV. EJECUCIÓN:</b> 9. Actividades independientes 10. Actividades dependientes			
<b>V. EVALUACIÓN:</b> 11. Biológica 12. Psicoóogica 13. Social 14. Espiritual			

Lic. Enf. Guílliana Daniela Quevedo Ríos

#### Anexo 4

##### Validez:

- a) Contenido: Para la validez de contenido, se tuvo en cuenta todos los criterios y terminologías para la investigación, además fue revisado, supervisado y monitoreado por los asesores de la investigación y el jurado calificador. Se tuvo en cuenta la literatura, además de los diferentes autores que manifiestan las variables desde sus respectivos puntos de vista.
- b) Criterio: Para el análisis de criterio, se midió la correlación entre los instrumentos de contenido y criterio en la muestra piloto. Tanto para los instrumentos de estructura y de contenido se verificó la concordancia de respuesta y de criterios similares con trabajos de investigación en donde sus instrumentos miden las mismas variables del presente estudio. Se midió mediante el estadístico de correlación de R de Pearson.

$$\sigma_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum X)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

***Validez Predictiva: Correlación de Pearson con criterio base***

Instrumento	Correlación
Estructura	.612
Contenido	.667

- c) Constructo: Se utilizó en análisis factorial para verificar las estructuras teóricas de las variables con sus dimensiones en cuanto a los instrumentos de estructura y contenido.

Análisis Factorial: Instrumento de Estructura

	<i>F1</i>	<i>F2</i>
v1	-0.111	<b>0.345</b>
v2	0.109	<b>0.455</b>
v21	0.111	<b>0.442</b>
v7	-0.009	<b>0.431</b>
v8	-0.102	<b>0.511</b>
v9	0.1	<b>0.3</b>
v10	<b>0.345</b>	-0.111
v23	<b>0.455</b>	0.109
v24	<b>0.442</b>	-0.111
v11	<b>0.431</b>	0.009
v12	<b>0.5332</b>	0.111
v13	<b>0.2332</b>	-0.111
v17	<b>0.234</b>	-0.109
v3	<b>0.499</b>	-0.111
v4	<b>0.32</b>	0.009
v5	<b>0.343</b>	-0.08
v6	0.165	<b>0.3</b>
v18	0.19	<b>0.3</b>
v19	-0.001	<b>0.234</b>
v20	-0.012	<b>0.499</b>
v14	0.129	<b>0.32</b>
v15	-0.11	<b>0.343</b>
v16	-0.11	<b>0.59</b>
v22	0.112	<b>0.234</b>
v25	0.123	<b>0.499</b>
v26	0.109	<b>0.32</b>
v27	0.19	<b>0.343</b>
v28	0.098	<b>0.323</b>
v29	0.006	<b>0.334</b>
V30	0.075	<b>0.401</b>

### Análisis Factorial: Instrumento de Contenido

	F1	F2	F3	F4	F5
∇1	<b>0.788</b>	0.111	0.02	0.034	-0.006
∇2	<b>0.66</b>	0.09	-0.211	0.034	-0.006
∇3	<b>0.667</b>	0.033	-0.21	0.006	0.003
∇4	<b>0.454</b>	0.212	-0.21	0.006	-0.001
∇5	0.233	<b>0.453</b>	0.11	-0.003	-0.233
∇6	0.233	<b>0.443</b>	-0.121	-0.001	0.233
∇7	0.344	0.233	<b>0.321</b>	0.011	0.0344
∇8	0.3	0.233	<b>0.222</b>	-0.12	0.3
∇9	-0.012	-0.344	0.119	<b>0.21</b>	0.012
∇10	-0.31	-0.3	0.129	<b>0.245</b>	-0.12
∇11	-0.299	0.012	0.121	-0.11	<b>0.327</b>
∇12	0.009	0.09	0.05	-0.143	<b>0.433</b>
∇13	0.04	-0.211	0.001	0.123	<b>0.611</b>
∇14	-0.2	-0.221	0.04	0.19	<b>0.322</b>

#### Anexo 5

##### Confiabilidad:

- a) Medida de estabilidad (Confiabilidad test – retest): Se aplicó los dos instrumentos de medición en dos momentos diferentes, a la misma muestra piloto de registros de trauma shock en el área de emergencia del HRL.

##### Medición de confiabilidad: Criterio Estructura

##### Medidas simétricas

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	.695	.019
	∇ de Cramer	.695	.019
N de casos válidos		20	

Pasa del 0.5 en valor, entonces hay estabilidad en la fiabilidad.

El valor de sig demuestra que estadísticamente la correlación entre el test y retest es evidente y por lo tanto existe fiabilidad en el instrumento (sig < 5%)

### Medición de confiabilidad: Criterio Contenido

#### Medidas simétricas

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	.602	.025
	V de Cramer	.602	.025
N de casos válidos		20	

- b) Medida de consistencia interna: Se aplicó el estadístico Kuder y Richarson (KR20) en cada uno de los instrumentos de recolección de datos, tanto para estructura como para contenido, en base a la muestra piloto tomado de registros de trauma shock en el área de emergencia del HRL. Tener en cuenta que KR20 es para respuestas dicotómicas y crombash parra variables de respuesta múltiple. Si KR20 > 0.6 es válido

#### Medición de consistencia interna KR20 en Criterio Estructura y Contenido

Instrumento	Valor de fiabilidad
Estructura	.716
Contenido	.691







PRIORIDAD DE ATENCION	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )
GRADO DE DEPENDENCIA	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )
FECHA:				
AREA:	SHOCK TRAUMA ( ) OBSERVACION ( )			

REGISTRO DE ENFERMERIA PEDIATRICO - SERVICIO DE EMERGENCIA

I. DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES:									
1. PESO:	2. TALLA:	3. SEXO:	4. EDAD:	5. N° CAMA:	6. N° DE H.C.:	9. TIPO DE ATENCION	SIS ( )	SOAT ( )	OTROS:
7. FECHA DE INGRESO:			8. HORA DE INGRESO:		N° SEG.:	ESTANCIA:		N° CAMA:	
9. DIAGNOSTICO MEDICO:						10. N° DE SIS:			
11. ANTECEDENTES			12. ESTANCIA:			13. ALERGIAS:			
8. PROCEDENCIA (AL INGRESO):		REFERENCIA ( )	CONSULTORIOS ( )	DOMICILIO ( )	OTROS:				

II. VALORACION SUBJETIVA

	MAÑANA	TARDE	NOCHE

III. VALORACION OBJETIVA

					8	10	12	2	4	6	8	10	12	2	4	6
FUNCIONES VITALES	160	80	41													
	140	60	40	250												
	120	50	39	200												
	100	40	38	150												
	80	30	37	100												
	60	20	36	50												
	P40	R 10	T 35	PA 0												
			PAM													
			PVC (mmHg.)													
			SO2													
APOYO OXIGENO-VENTILATORIO	OXIGENOTERAPIA															
	FIO2															
	TOT N°															
	FIJACION (CM)															
	MODO															
	VOL. PROG.															
	VOL. ESPIRADO															
	FR. PROG.															
	FR. PACTE															
	PRESION															
	PRESION PICO															
	SENSIBILIDAD															
	PEEP															
	RELAJACION I:E															
	PRESION SOPORTE															
CUFF																
BALANCE HIDRICO																
BH DE HOY				BH ACUM. DE AYER				BH ACUMULADO TOTAL								

DOMINIO		M	T	N		M	T	N		M	T	N	
PERCEPCION-CONSCION	ESTADO DE CONCIENCIA	DESPIERTO-ALERTA							COMUNICACION	VERBAL/COHERENTE			
		SOMNOLENTO								LIMITADO			
TIPO DE CONVULSION		DESORIENTADO							PULPAS	AFASICO			
		AGITADO/LETARGICO								GESTUAL			
ACTIVIDAD-IMPULSO	CARACTERISTICAS DE SECRECIONES	SOPOR							BUBUCOS	ISOCORICAS			
		COMA								MIDRIASIS			
		INCONSCIENTE								MIOSIS			
		CLONICAS								REACTIVAS			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	TORNEO							AUSCULTAMIENTO	ARRITMICAS			
		MIXOCLONICA								RESPUESTA VERBAL			
		TORNEO-CLONICA								RESPUESTA MOTORA			
		FOCALIZADA								APERTURA OCULAR			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	GENERALIZADA							ALTERACION	TORAL			
		NORMAL								CREPITOS			
		TALIPNEA								SUBCREPITO			
		BRONQUIA								SIBILANTE			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	DIFUSA							IDRMA	RONCOS			
		APNEA								ESBITOS			
		DENSAS								HEMOTORRAX			
		FLUIDAS								HEM-HEMOTORRAX			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	BLANQUEAS							QUIMA DURA	EMFISEMA			
		AMARILLAS								AUSENTE			
		MUCOPURULENTA								LIGERO			
		HEMATICAS								MODERADO			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	PRODUCTIVA							QUIMA DURA	ANASARCA			
		SECA								NORMAL			
		QUINTOSA								DIURESA			
		NORMAL								ESPERMIMENTO			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	QUINTOSA							GINTALIS	GRANDES			
		NORMAL								TIPO			
		PALEDEZ								LOCALIZACION			
		CAJONES								NORMAL			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	ICTERICIA							ESTADO DE HIGIENE	EQUIMOSIS			
		HIDRATADA								SECRECION			
		DESH. LENE								SANCRAD VAGINAL			
		DESH. MODERADA								MENSTRUACION			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	DESH. SEVERA							ABDOMEN	BUENO			
		SECA								REGULAR			
		INTEGRA								MALO			
		DIAFORESIS								DEPRESIBLE			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	EQUIMOSIS							RECIDIO	DOLOROSO			
		SECRETION								TIMPANICO			
		INAPETENTE								RHA PRESENTES			
		ORRAL								RHA AUSENTES			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	NPO							EXPRESION SENTIMIENTOS	ANGUSTIA			
		L.M. EXCLUSIVA								TENOR			
		L. MIXTA								DEPRESION			
		L. ADIFICIAL								NEGACION			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	PARENTERAL							HEMORRAGIAS	SNG / SNG			
		VOMITO								RHA DISMINUIDOS			
		REGURGITACION								BUENO			
		HENATEMESIS								FORAJADO			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	HENATEQUESTIS							ALIMENTARIO	ALIMENTARIO			
		MELINAS								DOMINIO: AFRONTAM Y TOLERANCIA AL ESTRES			
		SONDA VESICAL								M T N			
		VIA VENOSA								ANGUSTIA			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	DRENAJES							HEMORRAGIAS	TOR / RDT			
		HERIDA QUIRURGICA								DEPRESION			
		CPC								NEGACION			
		GRUPO								RHA			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	LOCALIZACION							HEMORRAGIAS	ACEPCION			
		EDEMAS								P. GLOBULAR			
		PERULAS								CRISPREDADO			
		TRACCION								PLASMA			
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	CONTENCION							HEMORRAGIAS	MECANICA			
		MECANICA								PLAQUETAS			
		NORMAL											
		MUGJET											
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS	LESIONES											
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS												
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS												
ACTIVIDAD-IMPULSO	TOS												



**BALANCE HIDRICO DE ENFERMERIA**
**NOMBRES Y APELLIDOS**
**EDAD:**
**N° HCL**
**CAMA**
**N° SIS**
**FECHA DE INGRSO**
**HORA DE INGRESO**
**PESO**
**SUP. CORPORAL**
**SERVICIO**

FECHA				
<b>INGRESOS</b>	<b>MAÑANA</b>	<b>TARDE</b>	<b>NOCHE</b>	<b>TOTAL</b>
CLORURO DE SODIO				
DEXTROSA				
AGUA DESTILADA				
SPE				
MANITOL/ SOL.HIP.				
INOTROPICO				
FENTANILO				
MIDAZOLAM				
ANALGESIA				
TTO EV.				
SOG/ SNG				
DIETA				
HEMODERIVADOS				
OTROS				
AGUA METABOLICA				
TOTAL PARCIAL				
<b>EGRESOS</b>				
DIURESIS				
DEPOSICION				
VOMITOS				
DRENAJES SOG / SNG				
DRENAJE TORACICO				
SANGRADOS				
MENSTRUACION				
OTROS				
PERDIDAS INSENSIBLES				
<b>TOTAL PARCIAL</b>				
<b>TOTAL BHE</b>				

**FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA**

FECHA				
<b>INGRESOS</b>	<b>MAÑANA</b>	<b>TARDE</b>	<b>NOCHE</b>	<b>TOTAL</b>
CLORURO DE SODIO				
DEXTROSA				
AGUA DESTILADA				
SPE				
MANITOL/ SOL.HIP.				
INOTROPICO				
FENTANILO				
MIDAZOLAM				
ANALGESIA				
TTO EV.				
SOG/ SNG				
DIETA				
HEMODERIVADOS				
OTROS				
AGUA METABOLICA				
TOTAL PARCIAL				
<b>EGRESOS</b>				
DIURESIS				
DEPOSICION				
VOMITOS				
DRENAJES SOG / SNG				
DRENAJE TORACICO				
SANGRADOS				
MENSTRUACION				
OTROS				
PERDIDAS INSENSIBLES				
<b>TOTAL PARCIAL</b>				
<b>TOTAL BHE</b>				

**FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA**

Anexo 07

**Tabla 1.** Distribución de las frecuencias en la calidad de los registros de enfermería del Instrumento Estructura, en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015

	NO		SI	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Registra Nombre y Apellido de paciente	4	7,7%	48	92,3%
2. Número de Historia Clínica (kárdex, anotaciones de enfermería, hoja gráfica)	20	38,5%	32	61,5%
3. Número de cama (kárdex, hoja gráfica, balance hídrico, anotaciones de enfermería)	20	38,5%	32	61,5%
4. Fecha y hora de ingreso	1	1,9%	51	98,1%
5. Considera balance hídrico (formato de balance hídrico)	0	0,0%	52	100,0%
6. Considera resumen de balance hídrico en hoja grafica	25	48,1%	27	51,9%
7. Estructura correcta (Redacción) ( hoja de anotaciones de enfermería)	12	23,1%	40	76,9%
8. Refleja orden	16	30,8%	36	69,2%
9. No presenta enmendadura (uso de corrector)	34	65,4%	18	34,6%
10. Uso de abreviaturas oficiales	34	65,4%	18	34,6%
11. Letra legible	8	15,4%	44	84,6%
12. Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno	2	3,8%	50	96,2%
13. Mantiene orden cronológico	9	17,3%	43	82,7%
14. Realiza firma (identificación de la enfermera)	3	5,8%	49	94,2%
15. Coloca sello (anotaciones)	9	17,3%	43	82,7%
16. Registra diagnósticos médico actualizados (anotaciones, kardex y hoja gráfica)	21	40,4%	31	59,6%
17. Registra peso del paciente (kardex, hoja gráfica, hoja de monitoreo, balance hídrico)	16	30,8%	36	69,2%
18. Registra fecha y hora actualizada	10	19,2%	42	80,8%
19. Registra la monitorización de signos vitales cada turno ( hoja gráfica)	13	25,0%	39	75,0%
20. Registra monitorización de signos vitales cada dos horas (hoja de monitoreo hemodinámico)	23	44,2%	29	55,8%
21. Registra seguimiento de antibióticos	19	36,5%	33	63,5%
22. Anota función respiratoria y/o ventilatoria (hoja de monitoreo)	12	23,1%	40	76,9%
23. Registra las indicaciones actualizadas en la hoja de kárdex	8	15,4%	44	84,6%
24. Registra interconsultas realizadas	3	5,8%	49	94,2%
25. Registra ordenes de laboratorio e imágenes	8	15,4%	44	84,6%
26. Especifica procedimientos invasivos con fecha de inicio y cambio (kárdex)	15	28,8%	37	71,2%
27. Registra cuidados de enfermería generales en el kárdex	17	37,4%	35	62,6%
28. Registra signos y síntomas (Anotaciones de enfermería)	15	32,4%	37	67,6%
29. Registra medicación en horario (Anotaciones de enfermería)	4	7,7%	48	92,3%
30. Registra procedimientos, ordenes de laboratorio, imágenes (Anotaciones de enfermería)	4	7,7%	48	92,3%

Anexo N°08

Tabla N°9: Distribución porcentual de presencia de items por cada dimension del aspecto contenido en el Área de trauma Shock del Servicio de Emergencia del Hospital regional Lambayeque. 2015

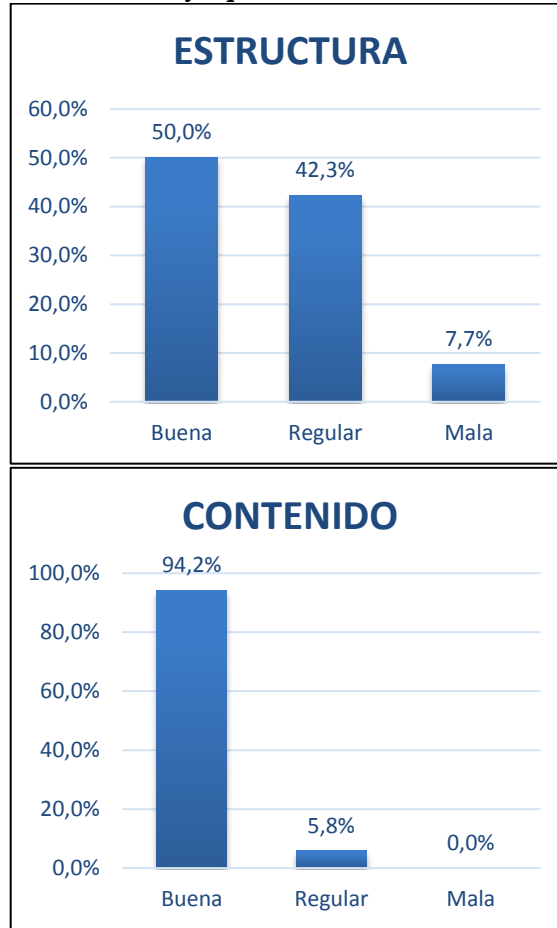
CONTENIDO	PRESENCIA	% PRESENCIA	% NO PRESENCIA
<b>I. VALORACION</b>	<b>29</b>	<b>55.8%</b>	<b>44.2%</b>
1. BIOLOGICA	52	100.0%	0.0%
2. PSICOLOGICA	43	82.7%	17.3%
3. ESPIRITUAL	30	57.7%	42.3%
4. SOCIAL	29	55.8%	44.2%
<b>II. DIAGNOSTICO</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>	<b>100.0%</b>
5. RESPUESTA HUMANA	10	19.2%	80.8%
6. FACTOR RELACIONADO	2	3.8%	96.2%
<b>III. PLANIFICACION</b>	<b>4</b>	<b>7.7%</b>	<b>92.3%</b>
7. CRITERIOS DE RESULTADOS	4	7.7%	92.3%
8. INTERVENCIONES	47	90.4%	9.6%
<b>IV. EJECUCION</b>	<b>38</b>	<b>73.1%</b>	<b>26.9%</b>
9. ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	38	73.1%	26.9%
10. ACTIVIDADES DEPENDIENTES	52	100.0%	0.0%
<b>V. EVALUACION</b>	<b>12</b>	<b>23.1%</b>	<b>76.9%</b>
11. BIOLOGICA	28	53.8%	46.2%
12. PSICOLOGICA	18	34.6%	65.4%
13. SOCIAL	13	25.0%	75.0%
14. ESPIRITUAL	13	25.0%	75.0%

**Fuente:** Instrumento de medición de aspecto contenido de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Hospital Regional Lambayeque.

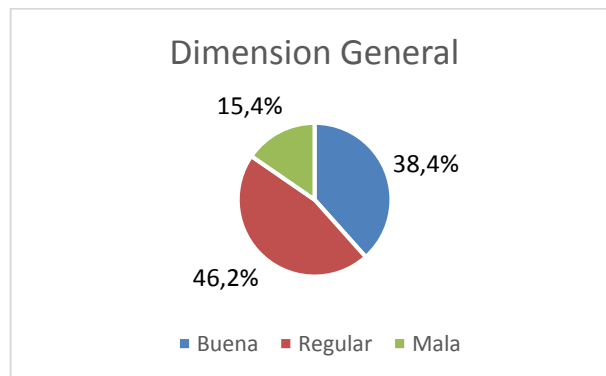
2015

Anexo 13

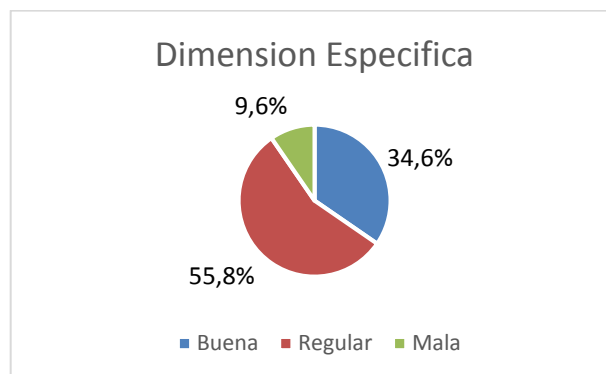
**Gráfica N°01: Distribución porcentual de la Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en los Aspectos Estructura y Contenido de forma global en el área de Trauma Shock del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015**



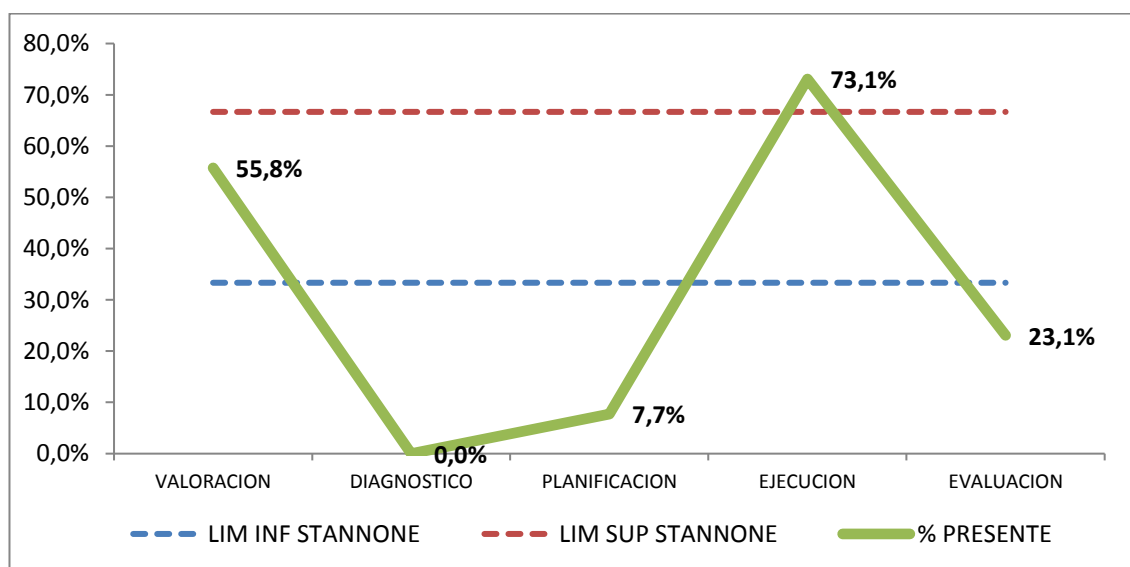
**Gráfica N°02: Distribución porcentual de la Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el Aspecto Estructura Dimensión General en el área de Trauma Shock del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015**



**Gráfica N°03: Distribución porcentual de la Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el Aspecto Estructura Dimensión Específica en el área de Trauma Shock del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015**



**Gráfica N°04: Distribución porcentual de la evaluación de la calidad de los registros de enfermería de las dimensiones del aspecto contenido en el área de Trauma Shock del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque. 2015**



DIMENSION: CONTENIDO	% PRESENTE	ESCALA STANNONE	LIM INF STANNONE	LIM SUP STANNONE
VALORACION	55.8%	REGULAR	33.3%	66.7%
DIAGNOSTICO	0.0%	MALA	33.3%	66.7%
PLANIFICACION	7.7%	MALA	33.3%	66.7%
EJECUCION	73.1%	BUENA	33.3%	66.7%
EVALUACION	23.1%	MALA	33.3%	66.7%