

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA  
HISTORIA CLÍNICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL  
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**YESENIA SUMEN LAURA VEGA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA  
HISTORIA CLÍNICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL  
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016

TESIS PRESENTADA POR:

YESENIA SUMEN LAURA VEGA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Fecha de sustentación: 30 – ene - 2017

APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO : .....  
Dr. Sc. JUAN MOISES SUCAPIUCA ARAUJO

PRIMER JURADO : .....  
Mtra. SILVIA DEACURACA ARROYO

SEGUNDO JURADO : .....  
M Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

TERCER JURADO : .....  
Dra. Enf. ROSENDA AZA TACCA

PUNO – PERÚ

2017

Línea : Gerencia y gestión en salud

Área : De administración

Tema : Evaluación y control de calidad

## DEDICATORIA

*A DIOS por darme vida y salud para alcanzar esta meta, por darme sabiduría y estar a mi lado en todo momento.*

*A mis queridos y maravillosos padres Victor Raúl e Isabel por el gran amor y cariño que me entregan día a día, por su apoyo constante e incondicional, la fuerza y respaldo que siempre me han demostrado, y ser el eje de mi inspiración a lo largo de mis estudios y por darme la oportunidad de realizarme plenamente como persona y como profesional. Gracias!*

*A mis queridos hermanos Dewar e Ismayr, quienes en todo momento me apoyaron y supieron darme valor para vencer dificultades y seguir adelante.*

*A mis verdaderas amigas, con quienes compartí gratos momentos en vida Universitaria, llenos de alegría, entusiasmo y optimismo.*

*Yesenia.*

## **AGRADECIMIENTO**

A mi alma Mater, Universidad Nacional del Altiplano Puno, por ser una institución formadora de grandes profesionales y por haberme acogido durante mi formación profesional.

A la Facultad de Enfermería, en especial a los docentes por brindarme las enseñanzas, orientación, apoyo y por haberme transmitido sus conocimientos durante todo el proceso de mi formación profesional.

A mi directora de tesis Dra. Enf. Rosenda Aza Tacca, por su apoyo incondicional, por brindarme tiempo, paciencia y estímulo constante durante el desarrollo y culminación del estudio de investigación.

A los miembros del jurado revisor, Dr. Sc. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Mtra. Silvia Dea Curaca Arroyo, M Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, por sus acertadas observaciones y sugerencias que enriquecieron el desarrollo y culminación del estudio de investigación.

Al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, en especial al área de admisión, por las facilidades brindadas durante la ejecución de mi proyecto de investigación.

Y a todos los que han contribuido de manera directa o indirecta en la realización de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE CUADROS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	19
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	21
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	23
2.1. MARCO TEÓRICO.....	23
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	51
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	53
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	53
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	60
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	61
4.1. RESULTADOS.....	61
4.2. DISCUSIÓN.....	72
V. CONCLUSIONES.....	84
VI. RECOMENDACIONES.....	85
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	92

## ÍNDICE DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
CUADRO 1: Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	61
CUADRO 2: Calidad del registro de la hoja gráfica en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	62
CUADRO 3: Calidad del registro según indicadores de la hoja gráfica en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	63
CUADRO 4: Calidad del registro de notas de enfermería en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	64
CUADRO 5: Calidad del registro según indicadores de la hoja de notas de enfermería en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	65
CUADRO 6: Calidad del registro de la hoja de balance hídrico en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	67
CUADRO 7: Calidad del registro según indicadores de la hoja de balance hídrico en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	68
CUADRO 8: Calidad del registro del kardex de enfermería en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	70
CUADRO 9: Calidad del registro según indicadores del kardex de enfermería en la historia clínica de pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.....	71

**ACRÓNIMOS**

<b>BH</b>	: Balance hídrico
<b>CEP</b>	: Colegio de Enfermeros del Perú
<b>°C</b>	: Grados centígrados
<b>FC</b>	: Frecuencia cardiaca
<b>FR</b>	: Frecuencia respiratoria
<b>HRMNB</b>	: Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
<b>Kg</b>	: Kilogramos
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud
<b>mmHg</b>	: Milímetros de mercurio
<b>N°</b>	: Número
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>OG</b>	: Objetivo general
<b>OE</b>	: Objetivo específico
<b>PA</b>	: Presión arterial
<b>PAE</b>	: Proceso de atención de enfermería
<b>SOAPIE</b>	: Sistema orientado a problemas, intervenciones y evaluación
<b>T°</b>	: Temperatura

## RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general. La población de estudio estuvo constituida por 313 historias clínicas, de pacientes que fueron dados de alta durante los meses de enero a junio del año 2016 del servicio de cirugía general, obteniéndose una muestra de 74 historias clínicas cada una con 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería). El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo, el diseño fue descriptivo simple, para la recolección de datos se empleó como técnica el análisis documental y como instrumento una ficha de revisión documentaria con 84 ítems para evaluar la hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería, de las historias clínicas que fueron seleccionados al azar. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados describen, que los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad. Respecto al registro de la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad. Mientras el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad. Sin embargo, el registro de la hoja de balance hídrico en 73% es de regular calidad, 22% de buena calidad y 5% de mala calidad y en cuanto al registro de kardex de enfermería, el 68% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad.

**PALABRAS CLAVES:** registros de enfermería, calidad, profesional de enfermería, historia clínica.

### ABSTRACT

This research was conducted with an objective, evaluating nursing records quality in clinical record from general surgery service. Population was consisted by 313 clinical records, these patients who were release from hospital during January to June, 2016 from general surgery service, obtaining 74 clinical records as sample, each of them with 4 nursing records (Graphs, nursing notes, water balance and nursing kardex). This study was descriptive and retrospective, it was a simple descriptive design, for data collection documentary analysis was used as technique, and as instrument a review record card with 84 items to evaluate graphic sheet, nursing notes, water balance and nursing kardex, from clinical records that were randomly selected. For data analysis it was used percentage descriptive statistics. Results describe that nursing records in general are quality standard with 95% and 5% poor quality. Regarding graphic sheet registration, 65% good quality, 31% regular quality and 4% poor quality. While nursing records register 80% of them are poor quality and 20% regular quality. However, water balance record sheet in 73% it is regular quality, 22% good quality and 5% poor quality and about nursing record kardex, 68% good quality, 31% regular quality and 1% poor quality.

**KEY WORDS:** nursing records, quality, nurse, clinical record.

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad enfermería es una profesión dinámica, su práctica ha venido evolucionando constantemente, tiene una larga y honorable tradición de servicio a la humanidad dedicándose al cuidado de la salud y bienestar del ser humano y una de las actividades que realiza a diario a todas las personas enfermas que tiene a cargo son los “registros de enfermería”.

Los registros de enfermería son testimonios documentales sobre los actos y conductas profesionales, donde queda registrada toda la información sobre la actividad que realiza enfermería al paciente, así como su tratamiento y evolución. Es la parte fundamental de la asistencia sanitaria y debe estar integrado en la historia clínica del paciente, porque implica repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, por lo que es preciso llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Los registros de enfermería son considerados como instrumento de evaluación de la eficiencia, eficacia, efectividad del trabajo de la enfermera. Un registro de enfermería de calidad es importante ya que deja constancia del cuidado que brinda la enfermera(o).

Pero sin embargo muchas veces se ha observado que el profesional de enfermería del servicio de cirugía general de este hospital, realiza importantes actividades, pero se olvida de registrar u omite muchas actividades realizadas, por lo que no existe evidencia de su trabajo realizado. Enfermería como disciplina profesional también debería desarrollarse en base a la existencia de registros de enfermería, en este caso la hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería a través de los cuales las enfermeras(os) en este servicio deberían dejar constancia de todas las actividades que se lleva a cabo durante el proceso de atención al paciente en sus diferentes momentos o tiempos.

La presente investigación está organizada de la siguiente forma: Primero, comprende la introducción seguido del problema, antecedentes, formulación del problema, importancia y utilidad del estudio, objetivos de la investigación y caracterización del área de investigación; segundo, describe la revisión de literatura; tercero, trata sobre materiales y métodos; cuarto, abarca resultados y discusión; quinto, presenta las conclusiones; sexto las recomendaciones; séptimo las referencias bibliográficas y finalmente están los anexos.

### 1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

En el mundo actual, la globalización en el campo de la salud pone nuevos desafíos para la enfermería moderna centrada principalmente en la calidad y calidez del cuidado. Una herramienta capaz de evidenciar la calidad del cuidado de enfermería son sus registros, considerándose como un instrumento de desempeño de la enfermera en todas partes del mundo y que a su vez tiene una exigencia de tipo legal. Los registros de Enfermería son instrumentos básicos del ejercicio del profesional de Enfermería, que presentan una visión completa y global del paciente que a futuro sirven como documentación legal de prácticas realizadas.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Las razones de su utilización han evolucionado desde el tiempo en que Florence Nightingale los introdujo como instrumentos que la enfermera debía utilizar para atender a los pacientes. La documentación utilizada en aquella época recogía, principalmente, el cumplimiento de las órdenes del médico. La prestación de cuidados de Enfermería se realizaba “sobre la marcha”, a medida que iban surgiendo las necesidades, aunque siempre existió una cierta programación de las actividades que atendía el seguimiento de horarios establecidos con registros mínimos o inexistentes.

Los registros de enfermería son los documentos de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud, reconocido por las instituciones como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa. Es un instrumento de gestión e indicador de calidad, permite supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, mejora la comunicación, muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del personal de enfermería, es decir es la síntesis de la atención proporcionada al paciente y la respuesta a los cuidados recibidos. Los registros de enfermería son importantes para el desarrollo conceptual de la profesión, es un símbolo de respeto hacia los pacientes, es un medio de garantizar continuidad en los cuidados, representa un medio de defensa ante posibles procesos disciplinarios, son evidencia de la esencia de la profesión, permite realizar auditorías a fin de evaluar los servicios, detectar fallas, optimizar,

garantizar la calidad de los servicios prestados y establecer la implementación de actividades, recursos, personal o equipos que faciliten la atención de los pacientes.<sup>2</sup>

Actualmente las enfermeras afrontan una serie de dificultades en relación con los registros de Enfermería. Pues la mayoría de ellos no contienen la calidad de información requerida.<sup>3</sup>

Los registros clínicos de enfermería con anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales ya que es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental precisa. 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 a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Lógicamente, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo. Además, es posible que pase por alto una importante información escrita, ya que los médicos y enfermeras no leen con regularidad las notas de evolución de enfermería.<sup>4</sup>

Enfermería tiene un riesgo legal al escribir algo que no realizó, como al omitir algo que sí hizo, ya que muchas veces el profesional de enfermería realiza un excelente rol del cuidado pero se olvida de reportarlo por escrito y esto sería como que si nunca hubiese realizado, en los dos casos existe un elevado riesgo al presentarse un problema legal, he aquí la importancia de realizar un buen reporte y registro de enfermería.<sup>5</sup>

Dada la importancia de los registros de enfermería, se han realizado investigaciones en varios países cuyos resultados muestran que no cumplen con las normas de registro correcto de los formularios.

Cedeño y col., en Ecuador muestran que el 89% no cumplen con las normas para registro correcto de los formularios, alcanzando altos porcentajes de incumplimiento

la hoja de administración de medicamentos, hoja de signos vitales y ninguna historia clínica cumplió con reportes de enfermería de calidad.<sup>6</sup>

Gutiérrez y col., en Lima muestran que las enfermeras registran las notas de enfermería, malo en un 4,9%; hoja gráfica, regular en un 4,9% y la hoja de balance hídrico, malo en un 65.9%.<sup>7</sup>

Apaza, en Puno muestra que las notas de enfermería de los servicios de hospitalización, son de mala calidad en un 77,7% y solo el 22,2% son de buena calidad.<sup>8</sup>

Durante la realización de prácticas clínicas se ha observado que el profesional de enfermería realiza diversos cuidados de enfermería a cada paciente, pero sin embargo todo ello no se registra de manera oportuna, no cumplen con el llenado correcto o se omiten algunos datos durante el llenado de estos formularios ya establecidos por este centro hospitalario, además se recibió una deficiente educación sobre la manera adecuada de registrar las actividades de enfermería en cada formulario que maneja el profesional de enfermería, además es preocupante observar, que muchas veces los registros de enfermería no son tomados en cuenta por parte del equipo de salud, porque están escritas con letra ilegible, con enmendaduras e incompletas. Los médicos, confían en la comunicación oral de las enfermeras para informarse del estado del paciente. Las enfermeras confían en la comunicación oral entre el personal de enfermería para transmitir datos significativos y órdenes de enfermería. Un dato interesante es que las órdenes médicas nunca se dejarían al azar usando sólo la comunicación oral, ¿por qué sí los registros de enfermería?, por este motivo nace la preocupación acerca de este problema y se pretende conocer en qué medida cumplen con el llenado de los registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería) mediante una revisión de historias clínicas de pacientes dados de alta del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez.

Los resultados de esta investigación constituirán en un aporte para la profesión, en la medida que invita a reconocer la importancia de los registros, como fuente del conocimiento para enfermería. Un ejemplo de este aporte puede ser el crecimiento y desarrollo en áreas de investigación, lo que por supuesto repercute positivamente en el cuidado que se brinda a los pacientes. En los servicios de salud será un importante

instrumento para el diagnóstico, que ofrecerá elementos orientadores para las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de los registros de enfermería, pues mostrará en alguna medida cuáles son las principales deficiencias y a partir de la información obtenida establecer programas de mejora continua de la atención. De forma similar sucederá en los escenarios académicos, pues al conocer en qué aspectos está fallando enfermería en relación al registro, se podrá diseñar estrategias educativas encaminadas a fortalecer estos aspectos en los cuales se encuentre debilidad.

Cabe mencionar que no se encontró ningún trabajo de investigación en la Región Puno, por lo que esta investigación será relevante, actual y de gran trascendencia para el desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería, por las consecuencias y repercusiones adversas que se pueden prevenir en casos por mala práctica clínica – asistencial que actualmente trasciende al terreno de derecho penal, administrativo y laboral. Además los resultados permitirán mejorar la calidad de la atención y sobre todo para consolidar y dar argumentos de la trascendencia y/o importancia que tiene la profesión de enfermería para la sociedad.

## 1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

### 1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL.

Cedeño y col, en Ecuador realizaron un estudio cuyo objetivo fue conceptualizar y evidenciar la realidad en la que desarrollan los cuidados y registros de enfermería en los formularios de la Historia Clínica del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, el tipo de estudio fue cualicuantitativa, descriptivo – transversal. Para fines de este estudio se consideró una muestra de 50 historias clínicas, el instrumento utilizado fue un “Cuestionario de Auditoría de la Calidad de los Registros de Enfermería en la Historia Clínica”. Los resultados en este estudio muestran que el 89% no cumplen con las normas para registro correcto de los formularios versus un 11% que si cumplieron, obteniendo un nivel de cumplimiento muy inadecuado en cada uno de los formatos de la historia clínica única, alcanzando el 20% de cumplimiento la hoja de administración de medicamento, el 12% la hoja de signos vitales y ninguna historia clínica cumplió con reportes de enfermería de calidad.<sup>6</sup>

Farfán, en Colombia realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar y describir las características de los registros de enfermería que hacen parte de Expedientes de un Tribunal Departamental Ético de Enfermería, para ello se hizo uso de un estudio de análisis documental a través del cual se revisaron 46 expedientes y se analizaron las características encontradas en 674 registros de Enfermería en relación a los 7 tipos de registros correspondiente a: hoja de signos vitales, líquidos administrados y eliminados, informe de administración de medicamentos, hoja de notas de Enfermería, de recibo y entrega de turno, valoración neurológica y valoración cutánea, utilizando el mismo instrumento para todos los registros a través de una lista de chequeo con 19 ítems de calidad. Los resultados muestran que el 76% de los registros evaluados incumplió al menos 1 de los ítems propuestos en la lista de chequeo, en cuanto al registro de la hoja de signos vitales solo 25 registros cumplen con todos los ítems de los 39 registros evaluados, el registro de informe de administración de medicamentos solo 11 registros cumplen con todos los ítems de los 93 registros evaluados, en cuanto a la hoja de notas de enfermería solo 23 registros cumplen con todos los ítems de los 311 registros evaluados y en cuanto al registro de hoja de líquidos administrados y

eliminados solo 48 registros cumplen con todos los ítems de los 89 registros evaluados.<sup>9</sup>

Gonzales, en México realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de los registros de la hoja de Enfermería en la Clínica Hospital Ismael Vázquez Ortiz. El tipo de estudio fue prospectivo transversal de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 246 hojas de registro de Enfermería, tomando en consideración todos los turnos, el instrumento utilizado fue una cedula de recolección de datos y una lista de cotejo. Los resultados obtenidos sobre calidad de registros de enfermería muestran que son buenas en un 3,3%, regular en 44,7% y mala en 52%. En cuanto a calidad de registros de Enfermería según categoría, el auxiliar de enfermería realiza el registro de bueno en 2,2%, regular de 41,6% y malo de 56,2%, la enfermera general registra de bueno en 3,8%, regular en 45,4% y malo en 50,8%, la enfermera especialista registra bueno en 0%, regular en 57,1% y malo en 42,9%, la enfermera o licenciada registra bueno en 5,0%, regular en 50,9% y malo en 45%.<sup>10</sup>

### **1.2.2. A NIVEL NACIONAL.**

Gutiérrez y col. en Lima, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería con respecto a los cuidados que se brinda en el servicio de Ginecoobstetricia del Honadomani “San Bartolomé”. El tipo de estudio fue no experimental, descriptivo transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 41 historias clínicas de pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia, el instrumento utilizado fue una hoja de check list y se aplicó a los cuatro registros de Enfermería (Hoja de funciones vitales, kardex, anotaciones de enfermería y hoja de balance hídrico) de las historias clínicas que fueron seleccionadas al azar. Los Resultados muestran que las enfermeras del servicio de Ginecoobstetricia cumplen con realizar los registros de enfermería, bueno el 56,1% y regular el 36,6%; las notas de enfermería, bueno el 75,6%; hoja gráfica, bueno el 56,1% y el kárdex, bueno el 65,9% y regular el 34,1%. Mientras que la hoja de balance hídrico lo registran malo el 65,9%.<sup>7</sup>

Valverde, en Lima realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño. El estudio fue aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal retrospectivo. La muestra

fue de 54 registros de enfermería consignados en la historia clínica de pacientes intervenidos quirúrgicamente obtenida mediante el muestreo probabilístico. La técnica fue el análisis documental, y el instrumento una lista de cotejo. Los resultados obtenidos sobre la calidad de los registros muestran que el 58% (31) es de calidad media, 20% (11) de calidad alta y 22% (12) de calidad baja. Según dimensiones, en la dimensión estructura 58% (31) es medio, 22% (12) alto y 20% (11) bajo y en la dimensión contenido 59% (32) es medio, 22% (12) alto y 19% (10) bajo.<sup>11</sup>

Morales, en Moquegua realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua en el primer semestre - 2011. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 64 historias clínicas, el instrumento que se aplicó fue una lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. Los resultados obtenidos muestran que las notas de enfermería en su presentación son de regular calidad en un 54,7% y de mala calidad en un 45,3%. Respecto a la dimensión estructura el 79,7% es de regular calidad, el 20,3% de mala calidad. En cuanto a su dimensión contenido (PAE) el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad.<sup>12</sup>

### **1.2.3. A NIVEL LOCAL.**

Apaza, en Puno realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación de los factores personales e institucionales y la calidad de las notas de enfermería en los servicios del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno. El estudio fue de tipo explicativo no experimental. La muestra estuvo constituida por 45 enfermeras y 90 historias clínicas. Las técnicas utilizadas fueron; encuesta, observación y revisión de documentos. Los instrumentos aplicados fueron; cuestionario, guía de observación y lista de cotejo. Los resultados obtenidos muestran que las notas de enfermería de los servicios de hospitalización, son de mala calidad en un 77,7% y solo el 22,2% son de buena calidad.<sup>8</sup>

### 1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica de pacientes dados de alta del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2016?

#### 1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio es de suma importancia porque permitió determinar la calidad de los registros de Enfermería: Hoja gráfica, hoja de notas de enfermería, Hoja de balance hídrico y Kardex de Enfermería contenidos en la historia clínica de los pacientes, ya que la falta de una adecuada información trae como consecuencia una alteración en el sistema de información, puesto que no se podría identificar con exactitud los problemas y necesidades que se presentan en la atención hacia los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general.

Además refleja la realidad de los registros de Enfermería, siendo estos registros la única prueba documental de las actividades y atenciones que se realiza diariamente a los pacientes, así mismo constituye también un documento legal que respalda las acciones del profesional de Enfermería.

A partir de este estudio se pretende proporcionar información actualizada sobre los Registros de Enfermería elaboradas por las enfermeras en el servicio de cirugía general a fin de que las autoridades de esta institución puedan elaborar programas de educación permanente dirigido al personal profesional de Enfermería sobre los registros de enfermería e incentivar a la elaboración de instrumentos de registros de Enfermería que validados le permita cumplir con las normas establecidas y de esta forma fomentar el desarrollo de la profesión de enfermería y por ende la salud de la población.

Por otro lado los resultados obtenidos de esta investigación serán punto de partida para plantear alternativas de solución, en aras de mejorar la calidad de los registros de Enfermería, lo que además permitirá mejorar la calidad de atención hacia los pacientes hospitalizados y sobre todo para consolidar y dar argumentos de la trascendencia y/o importancia que tiene la profesión de Enfermería para la sociedad, asimismo evaluar los servicios y establecer la implementación de actividades, recursos, personal o equipos que faciliten la atención de los pacientes.

También servirá como fuente de información y documento de referencia para el profesional de Enfermería que labora en el área asistencial, finalmente contribuirá en el área de investigación de Enfermería, pues además se observa el vacío de este tipo investigación que aborde la problemática mencionada.

## **1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica, de pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Evaluar la calidad del registro de la hoja gráfica en la historia clínica, de pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general.
2. Evaluar la calidad del registro de notas de enfermería en la historia clínica, de pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general.
3. Evaluar la calidad del registro de la hoja de balance hídrico en la historia clínica, de pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general.
4. Evaluar la calidad del registro del kardex de enfermería en la historia clínica, de pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general.

## 1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

### 1.6.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, que se encuentra ubicado en la ciudad de Puno capital de distrito, provincia y departamento de Puno. Ubicado al sur del país, en la meseta del Collao. Se extiende en la orilla del Lago Titicaca, en una bahía, sobre una superficie ligeramente ondulada, rodeada de cerros ubicado a 3827 m.s.n.m. posee una geografía muy accidental, la temperatura media es de 8°C – 4°C y tiene un clima frío, seco y lluvioso.

### 1.6.2. CARACTERÍSTICAS DEL H.R.M.N.B – PUNO

#### Ubicación.

Está ubicada en la Av. Sol del barrio Victoria, en la parte sur a orillas del legendario Lago Titicaca con una extensión de 45 683,72 metros cuadrados.

#### Límites:

Por el Norte : Con el Jr. Ricardo Palma

Por el Sur : Con el Jr. José Antonio Encinas

Por el Este : Con la Av. Sol

Por el Oeste : Con el Jr. Tacna



Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

#### Estructura física:

En la ciudad de Puno donde se ubica el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (hospital de máximo nivel en el departamento de Puno). Esta institución es sede de las Redes Puno (División que facilita la prestación de servicios) y desarrolla una atención integral en cuanto a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del

paciente, dicho hospital está construido por un mono bloque de 3 pisos con 3 alas y dos pabellones anexos con una capacidad de 320 camas disponibles. Presta servicios al público en general en las áreas de ambulatoria y hospitalización.

En el área ambulatoria es la atención realizada en consultorios externos y en el área de hospitalización es la atención brindada en los servicios de hospitalización y para recibir atención en ambas áreas se requiere aperturar de la historia clínica que se solicita en admisión.

**Admisión:** Es el área donde se encuentran archivados todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón y que recibieron atenciones en consulta externa y/o hospitalización.

**La Historia clínica:** Es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y especiales que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del usuario. Siendo los registros de enfermería uno de los formularios que conforma la historia clínica de un paciente, como son: la hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1.1. CALIDAD.

Se entiende por calidad, la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente.<sup>13</sup>

Una vez que se especifican los requisitos, la calidad se juzga solo con base en si se cumplieron o no. Calidad significa conformidad con los requisitos, no elegancia.<sup>14</sup>

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

De manera sintética, calidad significa calidad del producto. Más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc.<sup>15</sup>

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>16, 17</sup>

#### 2.1.2. REGISTROS DE ENFERMERÍA.

El registro consiste en la comunicación por escrito de los hechos esenciales para conservar una historia continua de los sucesos durante un periodo determinado.<sup>18</sup>

Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería.<sup>19</sup> Avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y evita errores.<sup>20</sup>

Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados

brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.<sup>21, 22</sup>

Un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre el enfermero(a) y la persona. Es además la forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican.<sup>23, 24</sup>

Como parte de la historia clínica el registro de Enfermería se convierte en un elemento de fundamental importancia a través del cual, se deja expresa toda la información que acontece con respecto a la salud y evolución del paciente.<sup>14</sup> El registro de nuestras intervenciones deberá reflejar la calidad técnico-científica, la calidez humana, la ética y la responsabilidad profesional.<sup>25</sup>

Según el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, en el capítulo III: La enfermera y el ejercicio profesional y en su artículo 27° señala que la enfermera(o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos, relacionados con su desempeño profesional y en su artículo 28° señala que los *“Registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad”*.

#### 2.1.2.1. IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

- **Asistencial:** Ofrecer continuidad en los cuidados que se brinda a los pacientes por parte del equipo de salud, al establecerse como un medio de comunicación donde es posible identificar las intervenciones que realizan otros profesionales para el cuidado del paciente, las respuestas que este tuvo frente a dichas intervenciones, reflejo de la calidad, coherencia de la atención que se presta y evidentemente de la productividad del trabajo.
- **Valoración de Enfermería:** El registro informa al enfermero(a) acerca de la condición clínica del paciente, su situación emocional, la receptividad a los cuidados, e incluso y no menos importante sus datos demográficos, quién le acompaña o visita en su estancia hospitalaria. Información desde la cual el enfermero(a) establece los planes de cuidado considera requiere el paciente.<sup>26</sup>
- **Académica:** Ofrecen orientación y conocimiento a personas en formación,

sobre la teoría y la realidad en relación a los registros. También permiten a los estudiantes identificar patrones que deben buscar en determinadas alteraciones de la salud y a partir de esta información, establecer los cuidados que requieren los pacientes, a través de la identificación repetida de signos clínicos y tratamientos repetidos en registros de distintos pacientes.

- **Investigativa:** Permiten el desarrollo de la Enfermería basada en la evidencia, donde se develan cambios y nuevas formas de brindar cuidado a los pacientes desde la observación de fenómenos de cuidado. También son una fuente importante de información epidemiológica de los centros de salud.
- **Administrativa:** Permiten demostrar que se han brindado servicios de salud a un paciente y/o comunidad y por ende gestionar los pagos a las Entidades Prestadoras de Salud correspondientes.
- **Auditoria:** La revisión periódica de los registros, se constituye como una base para evaluar la calidad de los servicios (cuidados) ofrecidos a los pacientes en las instituciones de salud; en la actualidad ya se ha establecido determinada información de los registros como indicadores de calidad y a partir de la información obtenida establecer programas de mejora continua de la atención.<sup>27</sup>
- **Ético-Legal:** Son una fuente de información ante procesos legales y disciplinarios en relación a los cuidados brindados por un profesional de Enfermería (testimonio); describiendo lo que le sucede al paciente y las intervenciones que el enfermero(a) realiza; ayudando a determinar si el profesional prestó los cuidados que requirió el paciente y/o comunidad o por el contrario incurrió en alguna falta que puede resultar punible.<sup>26</sup>

#### 2.1.2.2. USOS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.

El papel que se le reconoce a los registros, es el de servir como:

- Instrumento de apoyo a la gestión, pues permite calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer control de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención.
- Instrumento jurídico, utilizado como evidencia entre usuario y prestador de servicio de salud, se constituyen en testimonio documental de los actos del profesional a requerimientos de los tribunales (responsabilidad legal).

- Instrumento para dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, y prueba de los lineamientos humanos, éticos y científico desarrollados en las intervenciones (responsabilidad ética).
- Instrumento para facilitar evaluar, reorientar y aprender de la propia práctica como también para el desarrollo de un lenguaje común entre las enfermeras a fin de disminuir la variabilidad en la práctica (responsabilidad profesional).<sup>28,29</sup>

### 2.1.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS.

Porque son documentos legales, posible fuente de pruebas ante acciones legales y/o disciplinarias contra un profesional y son muestra de la calidad del cuidado que brinda el profesional de Enfermería, los registros de Enfermería deben cumplir con unos mínimos para ser considerados de calidad o registros adecuadamente diligenciado.<sup>30</sup>

#### A. Características de los registros desde la literatura.

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

Teniendo en cuenta que los registros de Enfermería también contienen información subjetiva acerca del paciente, esta información debe transcribirse en el registro tal cual la refiere el paciente y siempre usando comillas, ejemplo: el paciente refiere” Me siento ansioso, desesperado”

- **Exacto y/o preciso:** En la descripción de los hallazgos, es decir con el mayor detalle posible. Esta característica permite que los registros describan hechos u observaciones más no opiniones o interpretaciones por parte del enfermero(a). Se espera encontrar en la historia clínica registros de Enfermería hechos u observaciones como: El paciente ingiere 360 ml de agua, o Herida abdominal de 5 cm de longitud sin enrojecimiento, drenaje, edema.

Más no registros opiniones o interpretaciones como: el paciente ingiere una cantidad adecuada de líquido o herida grande que cura bien; son registros demasiado amplios y pueden prestarse para distintas interpretaciones.

- **Completa:** El registro debe incluir sólo información relevante, útil e integral acerca del paciente en (datos, antecedentes, reacciones frente a la atención) y de la atención que se brinda al paciente (Procedimientos, cuidados, medicación).
- **Actual:** La información de registro debe ser incluida siempre posterior a las intervenciones que realiza el enfermero(a) y a la respuesta que el paciente presenta frente a las mismas, nunca antes de las intervenciones además, esta información debe revisarse periódicamente para adicionar nueva información o por el contrario eliminar información, según sea el caso.

Además, la frecuencia de los registros siempre debe hacerse de acuerdo a los protocolos de las instituciones y la condición clínica del paciente.

- **Organizado:** El registro siempre debe tener el orden lógico que ofrece el proceso de atención de Enfermería, la valoración que realiza al paciente, el análisis que realiza acerca de los hallazgos, las intervenciones que se hace al paciente y finalmente la respuesta que el paciente da a las intervenciones realizadas.

En relación a la descripción en el registro del examen físico, el enfermero(a) debe hacer uso de una secuencia lógica (céfalo-caudal). Lo que en últimas ofrece mayor claridad y facilidad para la interpretación de la condición del paciente y en la toma de decisiones el manejo que se deba dar al paciente.

- **Comprensible y legible:** El registro debe ser claro y fácil de comprender para cualquier persona del equipo de salud que lea dicho registro. Para el caso del registro manual, la caligrafía debe ser lo más clara posible y debe tener en cuenta las normas de la institución ej.: (diferencia de colores entre los turnos diurnos y nocturno) en el registro electrónico debe tenerse especial atención con la digitación de la información.
- **Terminología aceptada:** Siempre la información que se incluya en los registros tanto en siglas como términos debe estar determinada por la institución, ser aceptada y reconocida nacional e internacionalmente o debe ser descrita y conocida por el personal de salud que maneja los registros. Lo

anterior con el objetivo de evitar errores en la comunicación del equipo de salud que puedan llevar también a errores con el paciente.

- **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>31</sup>

#### **Aquello que no se debe anotar:**

- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como accidentalmente, “de alguna forma”
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal como ocurren.
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.<sup>32</sup>

**B. Características de los registros desde la investigación.** Los registros poseen tres características macro que le permiten definirse como un registro bien diligenciado y de calidad:

- **Estructura:** se refiere a aspectos “de forma” del documento, es decir, los registros clínicos deben ser estructurados por medio de un lenguaje técnico-científico, comprensible a todos los miembros del equipo de salud. Para lo cual se deben excluir faltas de ortografía, deben ser legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales. Además debe ser coherente y organizado en la descripción de la información del paciente, incluir datos de tiempo y quien les diligencia entre otros.
- **Continuidad del cuidado:** Caracterizándose por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través de los registros, de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnósticos de Enfermería, intervenciones y evaluación.

Siendo esta evidencia del registro como medio de comunicación en el equipo de salud.

- **Seguridad del paciente:** Reducción de riesgos innecesarios derivados de la atención de salud por medio de la información escrita sobre las medidas de seguridad en prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, alergias, etc.

**C. Características de los registros desde el ámbito legal.** Teniendo en cuenta que los registros, se constituyen como material probatorio en procesos disciplinarios en contra de los profesionales de Enfermería, estos deben tener la siguiente información:

- Fecha y hora en que se realiza el registro con formato (Hora militar o 24 horas), esto evita confusiones sobre el momento en que se realizan los cuidados (am o pm) y ayuda a establecer la secuencia de los cuidados, revistas médicas, etc.
- Firma o sello de la persona que realiza el registro, pues permite establecer quién es el responsable tanto de la atención, como de la información contenida en el registro.
- No contener frases generalizadoras que lleve a confusiones o a la omisión de información que puede ser relevante para la atención del paciente. Como se describió anteriormente frases como “Sin cambios” pueden llevar a interpretaciones inadecuadas pues ese “Sin cambios” puede tener significados distintos para cada persona que lo lea y es ese significado el que dirige el actuar de la persona que atiende al paciente.
- No dejar espacios en blanco dado que estos pueden ser usados por otra persona que incluye información incorrecta acerca del paciente o las intervenciones realizadas al mismo.
- No tener tachones, enmendaduras, puesto que se puede interpretar que la persona que diligencia el registro intenta ocultar algo acerca de los hallazgos o intervenciones al paciente, falsificación o negligencia. Siempre debe trazarse una línea sobre el texto indicar que es un error y de forma posterior colocar la información correcta.
- No diligenciar en lápiz en caso de ser manual, pues el carboncillo del lápiz no perdura en el tiempo y al momento de ver la información del registro se

encuentra dificultades. El registro siempre debe realizarse con tinta indeleble y con el color que se establezca para que pueda permanecer en el tiempo en caso de necesitarse nuevamente.

- Usar terminología (abreviaturas, símbolos) especificadas por el centro de salud, las descripciones deben ser basadas en hechos no en opiniones y debe evitarse en todo caso las expresiones generales y groseras. Preferiblemente aquellas aceptadas a nivel nacional e internacional.
- En situaciones especiales como prescripciones verbales o telefónicas, se deben transcribir de forma detallada y en orden, debe incluir: fecha, hora y quien prescribió y ser validada y/o firmada en el tiempo que se establezca en la institución.<sup>33</sup>

#### **2.1.2.4. TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA.**

Los registros de Enfermería son numerosos, su formato y detalle puede variar de acuerdo a las instituciones de salud. En general, describen en su particularidad la atención que el profesional de Enfermería brinda a los pacientes. Pueden ser agrupados en tres categorías:

1. Kárdex de Enfermería.
2. Diagramas de flujo, gráficos o algoritmos.
  - a. Hoja de signos vitales.
  - b. Hoja de control de líquidos
  - c. Informe de administración de medicamentos
  - d. Valoración cutánea
  - e. Hoja de valoración neurológica
3. Notas de progreso.
  - a. Hoja de notas de Enfermería
  - b. Hoja de recibo y entrega de turno.<sup>34</sup>

La revisión de registros es importante en la supervisión indirecta. Entre las distintas formas que maneja la enfermera se tienen.

1. Hoja de la enfermera.
2. Planes de atención de enfermería.
3. Hoja de registros clínicos y tratamientos.
4. Hoja de balance de líquidos en 24 horas.
5. Censo diario de pacientes.

6. Hoja de cuidados intensivos.
7. Solicitud de medicamentos.
8. Vales a la central de equipos.
9. Tarjetas de identificación de recién nacidos.
10. Informe diario de trabajos en la central de abastos.
11. Plan de rotación y distribución de personal de enfermería.
12. Plan de rotación de vacaciones del personal de enfermería.
13. Plan de rotación de descansos del personal de enfermería.
14. Informes diversos.<sup>35</sup>

En la presente investigación se evaluó cuatro tipos de registros de enfermería que a continuación se mencionan:

#### **2.1.2.4.1. HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES.**

Es un formato donde se incluyen las constantes vitales del paciente y otros datos como peso, talla, eliminación intestinal, apetito.<sup>34</sup>

##### **A. Según el MINSA, esta hoja debe contener lo siguiente:**

- Nombres y apellidos del paciente.
- Número de historia clínica
- Servicio y N° de cama
- Temperatura, frecuencia cardíaca, respiración y presión arterial del paciente.<sup>36</sup>

##### **B. Método de registro de signos vitales.**

- Registro de la fecha: Se realiza con lapicero azul, colocando números arábigos según fecha que corresponda, día, mes y el año.
- Registro de la presión arterial: Se encuentra en la columna vertical externa de la hoja. Tiene una escala que va desde 0 (cero) hasta 250 (doscientos cincuenta) y cada casilla va creciendo en un valor de 10 en 10 mmHg. La grafica se realiza con lapicero color negro.

Observación: Es el único signo vital cuya grafica no inicia desde un circulo, como en el caso del pulso, la respiración o la temperatura.

- Registro del pulso: se encuentra en la columna vertical media de la hoja. Tiene una escala que va desde 60 (sesenta) hasta 130 (ciento treinta) y cada casilla va creciendo en un valor de 2 en 2 latidos por minuto.

El registro inicia con un círculo desde la cifra 80 (ochenta) utilizando lapicero color rojo.

- Registro de la respiración: Se encuentra en la columna vertical externa inferior de la hoja.

Tiene una escala que va desde 5 (cinco) hasta 70 (setenta) y cada casilla va creciendo en un valor de 2 en 2 respiraciones por minuto.

El registro inicia con un círculo desde la cifra 20 (veinte) utilizando lapicero color verde.

- Registro de la temperatura: Se encuentra en la columna vertical interna de la hoja.

Tiene una escala que va desde 34 (treinta y cuatro) hasta 41 (cuarenta y uno) y cada casilla va creciendo en un valor de 0,2 en 0,2 grados centígrados.

El registro inicia con un círculo desde la cifra 37 (treinta y siete) utilizando lapicero color azul.

- Registro del peso: Se encuentra debajo de la cuadrícula de signos vitales. El valor debe ser escrito en kilogramos (kg).<sup>37</sup>

Este registro, corresponde a la enfermera, se inicia en la sala de hospitalización inmediatamente después que se interna el paciente. Tiene como objetivo dar al médico un cuadro rápido de los signos vitales.

Es el enfermero/a quien realiza este procedimiento y es su función el saber interpretar, detectar y evaluar los problemas que puedan surgir cuando una constante sobrepasa los límites normales y actuar en consecuencia de manera eficaz. Cada indicador o signo vital posee unos parámetros numéricos que nos ayudan a interpretar la medición realizada. Esta medición varía en cada paciente y en función de las distintas horas del día, varían en un mismo individuo, por lo que una pauta en la toma de constantes según las necesidades fisiológicas de un paciente, contribuye a una evolución clínica favorable de éste.

Cuando las constantes vitales de determinado paciente varían, han de registrarse de forma exacta a menudo, las notas narrativas son demasiado largas; en su lugar, se usa la hoja gráfica que constituye un medio rápido para reflejar el estado del paciente. Los parámetros temporales de la gráfica pueden variar desde minutos a meses. Las hojas

graficas indican la temperatura corporal, la frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, las lecturas de presión arterial y el peso.<sup>38</sup>

### **C. Los signos vitales.**

Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (Cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.

Los signos vitales normales cambian según la edad, peso, sexo, actividad física, estado emocional, medicamentos, hemorragias y la enfermedad. Los cuatros principales signos vitales son:

- **Frecuencia cardiaca**

La Frecuencia Cardiaca (FC) es el número de latidos del corazón transcurridos en un minuto (lpm). Un latido es el ciclo completo de llenado y vaciado del corazón, los latidos corresponden con la sístole (bombeo del corazón hacia el resto del cuerpo).

- **Frecuencia respiratoria**

La Frecuencia Respiratoria (FR) es el número de ciclos respiratorios completos (inspiración y espiración) que realiza una persona en un minuto. Es la medición del proceso mediante el cual se toma O<sub>2</sub> del aire ambiente y se expulsa el CO<sub>2</sub> (Anhídrido carbónico) del organismo.

- **Presión arterial**

La Presión Arterial (PA) es la fuerza que ejerce la sangre en el torrente circulatorio durante el ciclo cardiaco. La Presión Arterial máxima o sistólica corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo para bombear la sangre y la Presión Arterial mínima o diastólica a la dilatación de éste. Se mide en mmHg.

- **Temperatura**

La temperatura corporal o Temperatura (T°) es el resultado calórico de los procesos metabólicos realizados por el organismo. Está regulada por el hipotálamo, por lo que éste es el responsable de que el cuerpo genere o pierda calor según sus necesidades.<sup>32</sup>

#### 2.1.2.4.2. HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA.

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados brindados.

El cuidado de enfermería diario se registra a menudo en una hoja especial asignada para dicha función, las notas de enfermería están constituidas por dos tipos de datos: Los datos subjetivos nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa. Los datos objetivos comprenden medidas como los signos vitales, observaciones de los miembros del equipo de salud, hallazgos de laboratorio y radiográficos, y respuestas del paciente a las medidas diagnósticas y terapéuticas.<sup>39</sup>

##### **A. El contenido de las notas de enfermería debe cumplir los aspectos siguientes:**

- Observaciones hechas en el momento de admisión del paciente
- Condición general del paciente tomando en cuenta su estado físico, emocional
- Reacción a medicamentos y tratamientos
- Condición de higiene y cuidados prestados
- Observaciones objetivas y subjetivas
- Efectividad de ciertos medicamentos o tratamientos
- Enseñanza impartida y apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.

Las notas de la enfermera registran descriptivamente la evolución del paciente, debe escribirse notas en cada turno. En general, las notas de la enfermera registran los siguientes tipos de información:

- Valoración del paciente por el distinto personal de enfermería (ej. Palidez, enrojecimiento de la cara, o la presencia de orina oscura o turbia.
- Diagnósticos de enfermería de acuerdo a la valoración del paciente.
- El objetivo de lo que la enfermera planifica hacer.
- Intervenciones de enfermería independientes, como cuidados especiales de la piel o formación del paciente, ejecutadas por iniciativa de la enfermera.
- Intervenciones de enfermería dependientes, como medicamentos o tratamientos prescritos por un médico.
- Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería.
- Mediciones realizadas por el médico (ej. Acortamiento de un tubo de drenaje

posoperatorio).

- Visitas de los miembros del equipo de salud, (ej. Consulta del médico, fisioterapeuta, trabajadora social).

En resumen, un enfoque de enfermería indica las razones y las actividades del cuidado de enfermería que el paciente está recibiendo, describe lo que le está sucediendo al paciente como resultado del diagnóstico médico.<sup>38</sup>

## **B. Aspectos importantes al momento de redactar una nota**

- Todas las anotaciones se realizan con tinta oscura de forma que el registro sea permanente y pueden identificarse los cambios. Por lo regular se utiliza color azul en el turno de mañana y rojo en el turno de la noche. Las anotaciones hechas con lápiz pueden borrarse mientras que la tinta es permanente. Si es necesario duplicar ciertas partes, debe tenerse en mente que la tinta azul no se fotocopia.
- Nunca debe pedírsele a otra persona que haga anotaciones que a usted le corresponde, ya que puede haber equivocación en la información, la anotación la debe realizar la persona que brindó el cuidado al paciente. Cada persona es responsable de las anotaciones efectuadas. Hacer esta tarea de otra persona la predispone a que se le culpe en caso de que ciertas medidas no hayan sido efectuadas de manera personal.
- Escriba en forma legible y clara, que se entiendan con facilidad. Las anotaciones ilegibles significan información cuestionable en los tribunales de justicia. Las anotaciones pierden su valor al intercambiar información si resultan ininteligibles.
- Registre la información de acuerdo a la secuencia en que ocurrió, las notas deben reflejar los cuidados brindados en el orden que se realizaron.
- No conviene confiarse de la memoria, haga las anotaciones lo más pronto posible o tome apuntes para hacer el registro subsecuente, hay mayor posibilidad de cometer errores y omisiones cuando se acumula la información de varias personas.
- Haga anotaciones de enfermería frecuentes y respete los procedimientos hospitalarios en lo relativo al intervalo mínimo que debe guardarse entre una y otra anotación. Esto sirve para probar que no se abandonó al paciente durante

mucho tiempo.

- Registre toda información significativa respecto a la condición y estado de salud del paciente.
- Omite palabras como Uno o él, evite frases como "Parece ser que" "Diríase que"
- Omite anotar el nombre del paciente, cada página del expediente tiene el nombre del paciente y sus datos de identificación. Se entiende pues que todas las anotaciones hechas son del mismo paciente.
- Llene todo el renglón de que consta cada línea de la forma impresa, marque una línea a lo largo del espacio en blanco que queda en renglón no usado.
- No borre palabras, ni escriba sobre ellas, mejor trace una línea recta sobre la palabra o palabras equivocadas y escriba la palabra error encima de lo que suprimió, luego continúe la anotación con la información correcta. Cuando corrija un error debe hacerlo cuidando las palabras escritas originalmente pueden leerse de forma clara, especialmente cuando se emplean registros como evidencias legales. Las tachaduras originan sospechas de que se trató de ocultar o cambiar una anotación a fin de alterar las evidencias relacionadas con negligencia o práctica irresponsable por parte de la enfermera.
- Registre cuando el médico o la enfermera supervisora fueron solicitados para revisar la condición del paciente, incluya el motivo del requerimiento y los resultados del intercambio de información.
- Firme cada entrada de acuerdo a los procedimientos hospitalarios, colocar el sello a la par de tu nombre y firma.<sup>40</sup>
- Registrar considerando el proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

La Ley del Trabajo del Enfermero N.º 27669, en el artículo 7º, inciso (a), promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala como responsabilidad de la enfermera: "*Brindar cuidado integral de Enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*", asimismo según el Reglamento de la ley del trabajo de la enfermera, en su artículo 9º, inciso (a) señala como función de la

enfermera(o) brindar cuidado integral de Enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente y/o en la ficha familiar.<sup>41</sup>

- Usar una regla nemotécnica para organizar los registros.<sup>39</sup>

### **C. Modelo SOAPIE.**

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

**S:** Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.

**O:** Datos objetivos: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes.

**A:** Interpretaciones y análisis de los datos: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes.

**P:** Plan de atención: se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

**I:** Intervención o ejecución. Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

**E:** Evaluación de los resultados esperados: se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente. Concluye con la firma del colegio y sello de la enfermera que atendió al paciente.<sup>38</sup>

### **D. Según el MINSA, esta hoja debe contener:**

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingreso y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales.
- Funciones biológicas.

- Estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
- Debe anotarse en tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma.<sup>36</sup>

#### **E. Método de registro de esta hoja.**

- Registrar los datos de identificación del paciente en la parte inferior: nombres y apellidos, sexo, edad, N° de historia clínica, servicio y N° de cama.
- Registrar al lado izquierdo de la hoja; la fecha y turno al aperturar el registro de una nota.
- Registrar el contenido de la nota en la parte central de la hoja considerando el modelo SOAPIE y color de tinta acorde al turno, tinta de color azul en el turno diurno y tinta de color rojo en el turno noche.
- Registrar al final de cada nota los datos de identificación de la enfermera(o), firma, nombres y apellidos, número de colegiatura, o sello de la enfermera.

#### **2.1.2.4.3. HOJA DE BALANCE HÍDRICO.**

En este se hace un registro de todas las vías de entrada, eliminación o pérdida de líquidos en el paciente.<sup>34</sup>

Esta hoja de registro es responsabilidad del personal de enfermería y para determinar el equilibrio hídrico, la enfermera puede reunir datos midiendo y registrando las diversas cantidades de líquidos ingeridos y eliminados por el paciente en una Hoja de balance hídrico en la cual se anotan por turnos, realizando la sumatoria del total de líquidos ingeridos y eliminados en el periodo de 24 horas. Se debe utilizar una hoja de balance hídrico cada 24 horas. Esta hoja de registro les sirve al médico y a la enfermera para detectar posibles cambios en el balance hidroelectrolítico, y establecer lineamientos en el tratamiento que se le brindara al paciente.<sup>32, 38</sup>

**A. Según el MINSA, esta hoja debe contener:**

- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día.
- Número de cama
- Servicio
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.<sup>36</sup>

**B. Método de registro de esta hoja.**

a) En la parte superior de la hoja registrar los datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, N° de historia clínica, edad y N° de cama.

Realizar el registro de la hoja de balance hídrico las 24 horas del día, durante los tres turnos, en números arábigos en cada cuadrícula que corresponde, con tinta de color azul en el turno diurno y tinta de color rojo en el turno noche.

b) Registrar los Ingresos:

- Enterales: alimentación por vía oral o por sonda. Las cantidades ingeridas se miden en forma exacta con recipientes graduados, conservando el nivel horizontal, y a la altura de los ojos.

- Parenterales:

Infusiones (planes de sueros, cargas de volumen o iones, drogas, medicación).

Transfusiones: sangre, plasma, glóbulos rojos, concentrados plaquetarios, y otros.

- Agua de oxidación.

c) Registrar los Egresos:

- Orina: micción espontánea o por sonda.

- Heces: por vía natural u ostomías.

- Vómitos y/o gasto de sondas naso u oro gástricas.

- Drenajes. Se miden según necesidad y tipo de drenaje.

- Secreciones de heridas o fístulas.

- Las pérdidas insensibles.

d) Sumar y anotar el total de los ingresos y egresos.

- e) Registrar el Balance: Positivo cuando el ingreso diario de líquidos es mayor a los eliminados y Negativo cuando el ingreso diario de líquidos es menor a los eliminados.<sup>42</sup>

### **C. El Balance Hídrico (BH).**

Es la relación existente entre los ingresos y las pérdidas corporales. Dado que en el volumen (hidro) se diluyen iones (electrolitos) se habla de balance hidroelectrolítico. Para realizar el cálculo del balance hídrico se cuantifican los ingresos y pérdidas corporales por diferentes vías para establecer un balance en un período determinado de tiempo no mayor de 24 horas. Suele medirse en pacientes que se encuentran en cuidados intensivos (UCI) con problemas renales, cardíacos, con pérdidas de volumen de líquidos, sangre o electrolitos.

### **D. Interpretación del resultado del balance hídrico.**

Los resultados obtenidos permiten al médico ajustar con precisión no sólo el volumen, sino también la cantidad y calidad de los iones, para evitar las descompensaciones metabólicas que agravarían la patología del enfermo. El desequilibrio hídrico es la existencia de volúmenes anormalmente bajos o altos del total de los líquidos del organismo. Los desequilibrios hídricos pueden llevar a un compromiso del estado de salud de un individuo y ser especialmente riesgosos en personas de edades extremas, con patologías agudas y/o crónicas agregadas como las cardíacas, renales, respiratoria o estados de inestabilidad hemodinámica. El resultado del balance hídrico puede ser hidratación o deshidratación. Este resultado se puede relacionar con:

- **Exceso de volumen (Edema)**
  - ✓ Retención de líquidos.
  - ✓ Aumento en el aporte de sodio, que origina una mayor retención de agua corporal.
  - ✓ Aporte rápido y exagerado de volúmenes endovenosos.
  
- **Déficit de volumen (Deshidratación)**
  - ✓ Pérdida excesiva de líquidos causada por vómitos, diarreas, drenajes.
  - ✓ Disminución de la ingesta.
  - ✓ Hemorragias.
  - ✓ Uso de diuréticos.

- ✓ Estados febriles.
- **También se puede relacionar con:**
  - ✓ Taquicardia: Aumento de la presión arterial o de la presión venosa central (PVC).
  - ✓ Aumento del flujo urinario.
  - ✓ Desplazamiento de líquidos a un tercer espacio: ascitis, quemaduras extensas y/o profundas, hemorragias internas en cavidades o articulaciones. Entre otros.<sup>43</sup>

### **E. Factores que afectan al equilibrio de líquidos y electrolitos**

Los factores más importantes que pueden modificar la cantidad de líquidos eliminados e ingresados son:

- Edad, los niños necesitan más líquidos y electrolitos, ya que sus egresos son mayores.
- Alteraciones en la función renal.
- Ingestión insuficiente, tanto de líquidos como de alimentos.
- Alteraciones del tubo gastrointestinal.
- Sudoración y evaporación excesiva.
- Hemorragias, drenajes de heridas, quemaduras y traumatismos, etc.
- Temperatura ambiente: sudoración y evaporación excesivas.
- Clima. Las temperaturas elevadas favorecen el proceso de sudoración y, como consecuencia, la eliminación excesiva de líquidos del cuerpo humano.
- Estrés. Aumenta el metabolismo celular.
- Estado de salud: vómitos, diarreas y estados patológicos, como por ejemplo las patologías cardíacas, que pueden afectar al riego sanguíneo de los riñones y producir una disminución de los productos de desecho del metabolismo.
- Actividad física elevada, aumenta la pérdida de líquidos.

### **F. Indicaciones del control de líquidos**

El balance diario se realiza en todos los pacientes ingresados. Habitualmente, el control se basa en un control diario de ingesta y eliminación de líquidos, pero en determinadas situaciones es necesario un control más exhaustivo, registrando incluso cantidades

mínimas, en una gráfica diseñada para el control de balances hídricos. Algunas de las situaciones que requieren un mayor control del balance de líquidos son:

- Pacientes en estado crítico (enfermedad aguda, quemaduras, etc.).
- Pacientes con enfermedades crónicas tipo diabetes, cáncer, EPOC, etc.
- Pacientes postoperados.
- Pacientes con pérdidas abundantes de líquidos producidas por diarreas, vómitos, fiebre elevada, etc.
- Pacientes con drenajes.<sup>44</sup>

#### **2.1.2.4.4. HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS O KÁRDEX DE ENFERMERÍA.**

Es un tipo de registro que reúne de forma concisa y organizada toda la información relacionada con el paciente y del cual se hace uso diario, permite un acceso rápido a la información del paciente por ejemplo al hacer cambios de turno o cuando otro profesional del equipo de salud requiere información puntual sobre el paciente. Es de los registros de Enfermería el más dinámico, su formato es variable según la institución de salud y pese a ser actualizado constantemente debe ser diligenciado con tinta indeleble de color azul en turno mañana y tarde y tinta de color rojo en el turno noche, nunca en lápiz. El sistema consta de una serie de fichas individuales que se guardan en un archivo portátil para el control de enfermería.

El kardex contiene información relacionada con el plan de cuidados continuados actual del paciente y permite que sea consultado todas las veces que sea necesario, por la practicidad que implica y la disponibilidad. Constituye una fuente importante de información, para estudios de investigación, también representa un documento legal que pertenece a la historia clínica del enfermo, al dejar constancia del cumplimiento de los medicamentos indicados.

Este registro debe contener como mínimo la siguiente información:

- Datos biográficos básicos (nombre, edad, sexo).
- Diagnósticos médicos principales.
- Órdenes médicas en curso que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).
- Debe ser claro, actual y flexible.

- Medidas tomadas por enfermería, no ordenadas por el médico, para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas de seguridad, medidas para la comodidad, educación, etc.).
- Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad utilizadas en los cuidados del paciente.
- Las medidas de acción de enfermería deben estar basadas en principios científicos. Se han de desarrollar objetivos a corto y largo plazo para lograr metas aceptables.
- Lista de medicamentos y líquidos endovenosos.
- Precauciones y/o recomendaciones generales para el cuidado del paciente.<sup>42</sup>

La tarjeta de prescripción médica o kardex es una forma impresa en donde la enfermera transcribe las ordenes médicas para tener una concentración de datos necesarios para el tratamiento completo y diario del paciente (esto varía según institución).

- Elaborar la tarjeta al ingreso del paciente y transcribir las indicaciones al término de la visita médica.
- Revisar y actualizar en cada turno las tarjetas de prescripción de acuerdo con la hoja de órdenes médicas.
- Transcribir de inmediato los cambios a la tarjeta de prescripción médica cuando el médico modifique la prescripción en la hoja órdenes. El retraso de la documentación puede dar lugar a: el olvido de los registros del fármaco administrado o la administración del mismo fármaco por otra parte enfermera que pensó que no había sido administrado.<sup>29</sup>
- Al inicio del tratamiento, aplicar el medicamento de inmediato y posteriormente ajustarlo al horario establecido.
- Administrar de inmediato las indicaciones urgentes y registrarlas en la hoja de la enfermera.
- Anotar en el reglón correspondiente los días acumulativos de aplicación de los antibióticos.
- La enfermera que suministra los medicamentos debe revisar siempre las órdenes originales para verificar que la comunicación sea exacta.
- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la

orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo.

- Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.<sup>31</sup>

#### **A. Objetivos:**

- El objetivo de este instrumento es que el líder pueda realizar la división de trabajo de acuerdo a la preparación del personal de enfermería y proporcionar una guía para las actividades diarias de enfermería en el servicio.
- Definir el objetivo de la atención del paciente.
- Planificar las acciones de enfermería
- Facilitar la comunicación entre el equipo de enfermería y otras disciplinas
- Evaluar la calidad de atención de enfermería prestada.
- Planificar las horas de administración de medicamentos y otros tratamientos.
- Guiar a enfermería durante la preparación y administración de tratamientos.
- Facilitar el cuidado individualizado del enfermo.<sup>34</sup>

#### **B. Según el MINSA, esta hoja debe contener**

- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Número de cama
- Edad
- Peso
- Nombre del medicamento suministrado
- Fecha de inicio y fecha que se discontinuo.
- Las horas diarias en que se administra
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.<sup>36</sup>

#### **C. Método de registro de esta hoja**

- En la parte superior de la hoja registrar los datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, N° de cama, edad, peso, N° de historia clínica, diagnóstico médico, fecha de ingreso, hora de ingreso.
- Registrar la dieta del paciente

- En la parte inferior registrar los procedimientos de enfermería y exámenes solicitados.
- Registrar el tratamiento farmacológico.

Esta debe contener: nombre genérico del fármaco, forma farmacéutica, dosis, vía de administración, frecuencia, horas en que debe administrarse, la fecha de inicio, fecha en que se discontinúa. No se puede registrar un medicamento con abreviaturas, utilizar una casilla para indicar el nombre completo del medicamento, la dosis exacta y vía de administración, en caso de indicaciones de dos o más medicamentos para administrarse juntos (mezclados) utilice para cada uno, una casilla, unidas a la izquierda por una llave. La Enfermera (o) que transcribe el medicamento escribirá en orden de administración según la vía que este indicado empezando por parenterales, seguidamente las enterales, etc. Cada casilla está identificada con los diferentes turnos de trabajo establecidos: turno de la mañana, turno de la tarde y turno de la noche. En la casilla del turno correspondiente indique la hora en que se administrará el medicamento, una vez administrado trace sobre la hora indicada para su cumplimiento una raya oblicua (/). En caso de que exista el medicamento pero no se administre por causas de: El enfermo lo rehuse, el enfermo esté ausente en el servicio u otras, encierre en un círculo (O) la hora indicada para su cumplimiento y se registrará la causa en la hoja de evolución de enfermería, en caso no exista el medicamento, trace una equis (X) sobre la hora. Cuando un medicamento se ha suspendido, se escribe en el expediente: “suspender” y la fecha y cuando es dosis única, después de administrado se anota “suspendido”.<sup>32, 45</sup>

#### **D. Administración de medicamentos**

Los medicamentos se administran por indicación médica. Por lo general se trata de una orden escrita, fechada y firmada por el médico. Los centros de salud emplean diferentes tipos de formatos para las órdenes de medicamentos.

La función del profesional de enfermería en la administración de medicamentos es la transcripción de la indicación médica a un sistema de registro de enfermería, siendo el más habitual en nuestro contexto el kardex de enfermería.

Para garantizar la administración segura de los medicamentos la enfermera debe considerar un estándar denominado las 5 acciones correctas de la administración de medicamentos:

- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Persona correcta
- Vía correcta
- Momento correcto.<sup>32</sup>

Según el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, en el capítulo III: La enfermera y el ejercicio profesional y en su artículo 26° señala que la enfermera(o) debe administrar a la persona tratamiento farmacológico prescrito por el personal profesional competente, debiéndose negar a participar en procedimientos no éticos.

### **2.1.3. CALIDAD DE LOS REGISTROS EN ENFERMERÍA**

Un buen registro de enfermería, debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar calificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.<sup>46, 47</sup>

La calidad en los registros de enfermería se expresa cuando se siguen los procedimientos mencionados para su elaboración de tal manera que produzca un máximo de beneficio y un mínimo riesgo de salud.<sup>48</sup>

Para lograr registros de calidad en enfermería, las anotaciones deben cumplir las características mencionadas, es decir, ser objetivas, exactas, completas, concisas, actualizadas, organizadas y confiables.<sup>49</sup>

La calidad de un registro de enfermería se determina según los indicadores específicos del tipo de servicio entregado, por esto los enfermeros y enfermeras son los únicos que se encuentran en una posición operativa y de gestión para cerciorarse de la calidad de los servicios recibidos por sus pacientes. Es decir, el marco de calidad usado en un registro de enfermería está directamente relacionado con el marco conceptual con que éste es diseñado.<sup>23, 50</sup>

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>35,51</sup>

Para ser considerado de calidad, deben de responder a:

- **Porque registrar:** Es importante para el desarrollo conceptual de la profesión, es un símbolo de respeto hacia los pacientes, es un medio de garantizar continuidad en los cuidados, representa un medio de defensa ante posibles procesos disciplinarios, son evidencia de la esencia de la profesión, permite evaluar los servicios y establecer la implementación de actividades, recursos, personal o equipos que faciliten la atención de los pacientes.
- **Para que:** Mejorar la calidad de la atención, y sobre todo para consolidar y dar argumentos de la trascendencia y/o importancia que tiene la profesión de Enfermería para la sociedad.
- **Cuando hay que registrar:** Siempre, en todo escenario de atención e inmediatamente después de brindar cualquier tipo de atención. Es importante recordar “Lo que no se registra es como si NO se hubiese hecho”.
- **Como y en donde hay que registrar:** Se registra en el medio que la institución ofrezca, en medio manual o electrónico según aplique y siempre teniendo en cuenta las características mínimas del registro por ejemplo la estructura (Ordenado, legible, etc.) y haciendo uso siempre del Proceso de Atención de Enfermería.
- **Cuanto registrar:** Todo aquello sea relevante y definitivo en la atención del paciente siempre con conocimiento, teniendo en cuenta siempre todos los datos del individuo y lo más detallado posible pero siempre siendo preciso, sin hacer prejuicios o juicios de valor. Dando elementos que permitan calidad y continuidad en la atención al paciente.
- **Quien debe registrar:** El profesional de Enfermería y el auxiliar de Enfermería están en la obligación de diligenciar todo registro relacionado con la atención del paciente.
- **Que registrar:** Todo aquello que la literatura, y la ley establece. Siempre teniendo en cuenta que el contenido en los registros de Enfermería es muestra más allá de la atención, del cuidado que brindamos a los pacientes.<sup>52</sup>

#### 2.1.4. HISTORIA CLÍNICA

Es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

Documento médico legal para comprobar la calidad de atención que los pacientes han recibido. Fuente de información con fines de investigación y docencia.<sup>36</sup>

Constituye un documento personal, confidencial, en el que se registra información de historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas de diagnóstico y tratamientos realizados; evolución de la enfermedad. En la historia clínica, también conocida como expediente clínico, constan datos e informes registrados por varios miembros del equipo de salud. Características:

- Dispone de un espacio para registrar nombre, número de historia clínica.
- Es un documento legal con validez jurídica y la Institución es propietaria de la misma, sin embargo el paciente tiene derechos sobre la información contenida en ella y puede solicitar se le haga conocer (casos de tipo legal)
- Es un documento reservado por las características de su contenido y solo puede manejar el personal de salud.
- Es un medio de comunicación escrita que sirve para comprobar los diagnósticos, tratamientos, calidad de cuidados recibidos y las razones que fundamentan los cuidados.
- Es un instrumento progresivo y acumulativo con una información sistemática que permite adjuntar varios documentos en diferentes momentos que acude el paciente al servicio. (Ejemplo: resultados de exámenes de laboratorio, transferencias, informes, estadísticas, epidemiología)
- Es un instrumento informativo y de investigación, proporciona información útil para estudios como incidencia o prevalencia de patologías, análisis respectivos de cuidados, diagnósticos y tratamientos recibidos.
- Es un documento que sirve para educación del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas) y como instrumento de consulta, permite conocer terminología médica, naturaleza de la enfermedad, factores que influyen en la salud – enfermedad de cada persona.
- Avaliza el tratamiento administrativo y el proceso de atención cumplido por

los profesionales de la salud y las responsabilidades éticas.

- Anotar todos los datos de filiación del usuario y/o paciente, nombres y apellidos completos: N° de historia clínica, N° de cama o cuarto, Fecha actualizada.
- La historia clínicas debe de ser manejada prolijamente; nunca borrar, poner un tachón o tinta blanca ya que esto anula la información, debe colocarse un paréntesis en el error y con el mismo esferográfico poner la firma responsable.
- Utilizar letra clara y poner firma de responsabilidad después de cada tratamiento, prescripción, actividad o informe ejecutados.
- Revisar la numeración entregada por el departamento de estadística y registrar en todas las hojas.
- Pegar todos los resultados de laboratorio, exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.
- Los estudiantes, familiares o personas ajenas al servicio deben solicitar autorización para la revisión de la historia clínica.
- Los reportes verbales deben ser consignados en las hojas de informes de enfermería.
- La enfermera utiliza las siguientes hojas de la historia clínica: hoja de signos vitales, hoja de evolución y prescripciones médicas, de registro de medicamentos (kardex), de exámenes de laboratorio, de ingesta y eliminación, hoja de curva de temperatura.
- La historia clínica dispone de hojas permanentes y no permanentes, las que se añaden según el servicio donde se atiende al paciente o donde se ha establecido el diagnóstico provisional o definitivo.<sup>24, 34</sup>

#### **2.1.4.1.Formatos de la historia clínica, según el MINSA:**

##### **A. Formatos básicos:**

- Formatos en consulta externa.
- Formatos en emergencia.
- Formatos en hospitalización.
- Ficha familiar.

**Formatos en hospitalización.**

- 1) Anamnesis
- 2) Examen clínico
- 3) Diagnostico
- 4) Tratamiento
- 5) Plan de trabajo
- 6) Evolución
- 7) Hoja de autorización de ingreso
- 8) Epicrisis

**B. Formatos especiales:**

- 1) Formato de identificación/filiación
- 2) Hoja de notas de enfermería
- 3) Hoja de control de medicamentos o kardex
- 4) Gráfica de signos vitales
- 5) Hoja de balance hidroelectrolítico
- 6) Formato de interconsulta
- 7) Orden de intervención quirúrgica
- 8) Informe quirúrgico
- 9) Formatos de anestesia
- 10) Formato de laboratorio
- 11) Informe de diagnóstico por imágenes
- 12) Formato de anatomía patológica
- 13) Formato de consentimiento informado
- 14) Formato de referencia
- 15) Formato de contra referencia.<sup>36</sup>

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL.

**CALIDAD:** La calidad de hecho implica hacer las cosas bien, es conforme a los estándares, cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado, satisfacción de las expectativas propias y la calidad en la percepción es satisfacer las expectativas del paciente.<sup>17</sup>

**REGISTRO:** Es un escrito, una documentación formal, legal sobre la evolución y tratamiento de un paciente.<sup>34</sup>

**REGISTROS DE CALIDAD:** Son una serie de documentos que recogen los resultados de la gestión de la calidad, recopilando información resultante de la atención brindada hacia el paciente; esta información, además de servir como evidencia del cuidado brindado, sirve como fuente de datos para los análisis y estudios.<sup>53</sup>

**REGISTROS DE ENFERMERÍA:** Son un conjunto de documentos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se registran a diario sobre aspectos clínicos y técnicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería brindados. Es además la forma en que los profesionales de Enfermería se comunican.<sup>23</sup>

**HOJA GRÁFICA.** Es un formato donde el profesional de enfermería registra datos de identificación, las constantes vitales y otros datos como el peso del paciente.<sup>54</sup>

**NOTAS DE ENFERMERÍA.** Es un formato en el cual el profesional de enfermería registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática de los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados al paciente, inmediatamente después de su realización, aplicando el modelo SOAPIE.<sup>49</sup>

**HOJA DE BALANCE HÍDRICO.** Es un formato en el cual el profesional de enfermería hace registro de los datos de identificación, de los líquidos ingeridos y eliminados por el paciente en un periodo de 24 horas.<sup>54</sup>

**KARDEX DE ENFERMERÍA.** Es un formato en donde la enfermera registra los datos de identificación del paciente, diagnóstico médico, acciones de enfermería, órdenes médicas, lista de medicamentos. Se trata de una ficha individual y se guarda para el control de enfermería.<sup>34</sup>

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados a los pacientes. Sus etapas están basadas en el método científico, éstas son valoración, identificación del problema, planificación, ejecución y evaluación.<sup>55</sup>

**CUIDADO:** Está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona.<sup>56</sup>

**ENFERMERÍA:** Es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son las personas, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos. Su ejercicio tiene como uno de sus propósitos intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.<sup>48</sup>

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Es un servicio que la enfermera ofrece a las personas desde el nacimiento hasta la muerte durante los periodos de salud y enfermedad para satisfacer sus necesidades relacionadas con las vivencias o experiencias de su salud a fin de lograr su independencia total para promover su salud.<sup>48</sup>

**PACIENTE:** La persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.<sup>48</sup>

**HISTORIA CLÍNICA:** Es el documento médico legal, confidencial, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente los datos de identificación, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención.<sup>36</sup>

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo descriptivo y retrospectivo

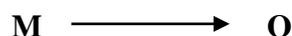
**Descriptivo:** Porque permitió describir los registros de enfermería en la historia clínica.<sup>57</sup>

**Retrospectivo:** Son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.<sup>58</sup> Porque los datos se obtuvieron de las historias clínicas de pacientes dados de alta durante los meses de enero a junio del año 2016.

##### 3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación que se utilizó fue descriptivo simple, para recabar datos sobre los indicadores que contienen los registros de enfermería en la historia clínica.

El diagrama que corresponde a este estudio es el siguiente:



**M:** Población de registros de enfermería en la historia clínica.

**O:** Calidad de Registros.<sup>59</sup>

#### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población de estudio estuvo constituida por 313 historias clínicas de pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general, dentro de tales historias clínicas se encuentran los cuatro Registros de Enfermería: Hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería.

Servicio de Cirugía general	Número de Historias clínicas, 2016.
Enero	65
Febrero	36
Marzo	55
Abril	65
Mayo	55
Junio	37
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>

Fuente: Unidad de estadística e informática del HR"MN" – Puno, 2016.

**3.2.2. MUESTRA.**

Para el presente estudio se utilizó el muestreo probabilístico, donde cada unidad de la población tuvo la misma probabilidad de ser seleccionada para conformar la muestra, calculado a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n_0 = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2}$$

**Donde:**

$n_0$  = Tamaño de la muestra

$Z$  = Desviación en relación a la curva de distribución normal, asociado al 95% de confianza (1.96)

$p$  = Probabilidad de éxito (0.50)

$q$  = Probabilidad de fracaso,  $1.0 - p = 0.50$

$e$  = Error muestral 0.10

Sustituyendo la fórmula:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)}{(0.1)^2}$$

$$n_0 = 96$$

Si  $\frac{n_0}{N} > \alpha$  se corrige.

$$\text{Si } \frac{96}{313} = 0.307 > 0.10$$

Cumple con la condición, entonces se corrige, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0 - 1}$$

$$n = \frac{313 \times 96}{313 + 96 - 1}$$

$$n = 74$$

La muestra estuvo constituida por 74 historias clínicas.

<b>Registros de enfermería</b>	<b>Servicio de cirugía general</b>
Hoja gráfica	74
Hoja de notas de enfermería	74
Hoja de balance hídrico	74
Kardex de enfermería	74
<b>Total de Historias clínicas</b>	<b>74</b>

El total de registros de enfermería evaluados fueron de 296, siendo 74 registros de hoja gráfica, 74 registros de notas de enfermería, 74 registros de balance hídrico y 74 registros de kardex de enfermería. Las historias clínicas se seleccionaron al azar y de acuerdo a los criterios de inclusión.

### **3.2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Registros de Enfermería: Hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería en las historias clínicas del servicio de cirugía general.

#### **A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias clínicas que contengan los 4 registros de enfermería: Hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería.
- Historias clínicas del servicio de cirugía general.

#### **B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Historias clínicas que no contengan los 4 registros de enfermería: Hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería.
- Historias clínicas de pacientes de otros servicios.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.3.1. TÉCNICA:

- **Análisis documental:** El cual se basó en realizar un examen de un escrito, que consistió en analizar e identificar el cumplimiento de los registros de enfermería contenido en la historia clínica: Hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería; en los cuales se registran los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente, además en estos registros se encuentra reflejado el cumplimiento de las funciones del profesional de enfermería.

#### 3.3.2. INSTRUMENTO:

- **Ficha de revisión documentaria:** El tipo de instrumento que se utilizó para evaluar la calidad de los registros en la presente investigación, fue una ficha de revisión documentaria, para la hoja grafica consta de 16 ítems, notas de enfermería 28 ítems, hoja de balance hídrico de 22 ítems y el kardex de enfermería de 18 ítems, siendo en total 84 ítems evaluados. Siendo cada ficha con dos alternativas: SI y NO (Anexo 2)

De la validación y confiabilidad del instrumento:

La ficha de recolección de datos fue elaborada en base a la “Norma Técnica de la Historia Clínica” establecida por el MINSA y un cuestionario de auditoria de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica utilizada en la investigación realizada por Cedeño S. y col. en el año 2013, en donde dicho cuestionario fue validado. Así mismo fue sometido a prueba piloto con coeficiente Alfa de Crombach de 0,821, los resultados permitieron corregir y eliminar algunos ítems de las fichas de revisión documentaria.

### 3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación se realizó las siguientes actividades.

#### a. DE LA COORDINACIÓN.

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno una carta de presentación dirigida al Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.
- Se presentó el documento emitido por la Facultad de Enfermería al Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, con la finalidad de obtener la autorización para la ejecución del presente trabajo de investigación y así tener acceso a la revisión de las historias clínicas.
- Se coordinó con el área de Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, para tener acceso a la revisión de las historias clínicas.
- Se coordinó con la Jefatura del área de Estadística e Informática del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón para obtener datos de los pacientes hospitalizados que fueron dados de alta durante los meses de enero a junio del año 2016 del servicio de cirugía general.
- Finalmente se coordinó con el área de admisión para la revisión de las historias clínicas.

#### b. DE LA EJECUCIÓN:

- Para poder obtener la lista de datos se analizó los registros de enfermería contenidos en la historia clínica: Hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico, y kardex de enfermería con los ítems establecidos.
- Se aplicó una ficha de revisión documentaria para los cuatro registros de enfermería, la misma que considera dos categorías:

**SI:** Cuando el personal de enfermería cumplió con el llenado del registro, en cada uno de los ítems establecidos en la ficha de revisión documentaria.

**NO:** Cuando el personal de enfermería omitió o no realizó el llenado correcto del registro, en cada uno de los ítems establecidos en la ficha de revisión documentaria.

- La revisión de los registros de enfermería por cada ítem a evaluar se realizó de forma diferente, siendo algunos por formulario, otros por día o por turno:

Registros de enfermería	Por formulario	Por día	Por turno
	ítems		
Hoja gráfica	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16	8, 9, 15, 16	10, 11, 12, 13, 15
Hoja de notas de enfermería	17, 18, 19, 20, 21, 22, 35, 36, 38	44	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43
Hoja de balance hídrico	45, 46, 47, 48, 49, 64, 65, 66	50, 55, 62, 63, 65, 66	51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 66
Kardex de enfermería	67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 83, 84	76, 77, 78, 81, 82, 83, 84	79, 80, 83, 84

### c. DE LA MEDICIÓN DEL INSTRUMENTO

Las calificaciones se basaron en la calidad. En total se revisaron 84 ítems: cada punto le corresponde a un ítem. La escala de calificación se dividió en dos categorías que expresan la revisión realizada.

- SI : 1 punto
- NO : 0 puntos

Los puntajes obtenidos de los registros de enfermería se calificaron de la siguiente forma:

CALIDAD	REGISTROS				
	HOJA GRÁFICA	HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA	HOJA DE BALANCE HÍDRICO	KARDEX DE ENFERMERÍA	GENERAL
Buena	14 - 16	25 - 28	20 - 22	16 - 18	76 - 84
Regular	11 - 13	20 - 24	15 - 19	13 - 15	59 - 75
Mala	< 11	< 20	< 15	< 13	< 59

Existen niveles establecidos y validados en relación a calidad tomando como fundamento lo propuesto por la Gerencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá y la fundación Donabedian, adaptada al sistema de atención de enfermería que se desea evaluar, para lo cual se determinan estos rangos: Buena, si alcanza un estándar de calidad entre 90 y el 100 por ciento, Regular, entre el 70 y 89 por ciento y Mala, si se encuentra por debajo del 70 por ciento.<sup>5</sup>

Para la investigación, los rangos entre un nivel y otro se realizó de acuerdo a lo siguiente:

- Buena si cumple entre un 90 – 100% de los ítems, es decir 14 a 16 puntos para la hoja gráfica, 25 a 28 puntos para las notas de enfermería, 20 a 22 puntos para la hoja de balance hídrico, de 16 a 18 puntos para el kardex de enfermería y de 76 a 84 puntos para todos los registros en general.
- Regular si cumple entre un 70 – 89% de los ítems, es decir 11 a 13 puntos para la hoja gráfica, 20 a 24 puntos para las notas de enfermería, 15 a 19 puntos para la hoja de balance hídrico, de 13 a 15 puntos para el kardex de enfermería y de 59 a 75 puntos para todos los registros en general.
- Mala si cumple < 70% de los ítems, es decir menor 11 a puntos para la hoja gráfica, menor a 20 puntos para las notas de enfermería, menor a 15 puntos para la hoja de balance hídrico, menor a 13 puntos para el kardex de enfermería y menor a 59 puntos para todos los registros en general.

### 3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

#### 3.5.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

- Se realizó la enumeración de los instrumentos.
- Se verificó que todos los ítems del instrumento tengan una respuesta.
- Se creó una base de datos en MS Excel 2013.
- Se realizó la sistematización de la información en la sabana de base de datos.
- Se procedió a la calificación y clasificación de los registros.
- Se procedió a la elaboración de cuadros de información porcentual y gráficos estadísticos diseñados en la hoja de cálculo MS Excel 2013, según los objetivos planteados.
- Se realizó la descripción estadística de los cuadros.

#### 3.5.2. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó utilizando la estadística descriptiva porcentual, con la siguiente formula.

$$P = \frac{X}{N} \times 100$$

P= Porcentaje

X = Información obtenida sobre los Registros de Enfermería de la Historia clínica.

N = Tamaño de muestra.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## 4.1. RESULTADOS.

OG

## CUADRO 1

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA  
CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL  
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

CALIDAD	REGISTROS DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
BUENA	0	0
REGULAR	70	95
MALA	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

En el cuadro se puede observar, de un total de 74 historias clínicas revisadas, los registros de enfermería son regular calidad en un 95% (70), de mala calidad en un 5% (4) y ninguno es de buena calidad.

La mayoría de los registros de enfermería son de regular calidad porque los profesionales de enfermería cumplen en registrar de 59 a 75 ítems, de un total de 84 ítems evaluados.

OE1

**CUADRO 2**

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

CALIDAD	REGISTRO DE HOJA GRÁFICA	
	Nº	%
BUENA	48	65
REGULAR	23	31
MALA	3	4
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

El cuadro muestra, de los 74 registros de hoja gráfica revisados de las historias clínicas, el 65% (48) es de buena calidad, el 31% (23) de regular calidad y el 4% (3) de mala calidad.

La mayoría es de buena calidad, porque los profesionales de enfermería cumplen en registrar de 14 a 16 ítems.

OE1

**CUADRO 3**  
**CALIDAD DEL REGISTRO SEGÚN INDICADORES DE LA HOJA**  
**GRÁFICA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ**  
**BUTRÓN PUNO, 2016**

INDICADORES	HOJA GRAFICA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registra nombres y apellidos	74	100	0	0	74	100
Registra la edad	73	99	1	1	74	100
Registra el sexo	74	100	0	0	74	100
Registra el número de historia clínica	68	92	6	8	74	100
Registra el número de cama	74	100	0	0	74	100
Registra el servicio	71	96	3	4	74	100
Registra la hora de ingreso	69	93	5	7	74	100
Registra las fechas de hospitalización del paciente (día, mes y año)	65	88	9	12	74	100
Registra con rojo los días postquirúrgicos	50	68	24	<b>32</b>	74	100
Grafica el pulso con líneas de unión entre los puntos (con rojo) en cada turno	67	91	7	9	74	100
Grafica la temperatura con línea de unión entre los puntos (con azul), en cada turno	63	85	11	<b>15</b>	74	100
Grafica la frecuencia respiratoria con línea de unión entre los puntos (con verde), en cada turno	68	92	6	8	74	100
Grafica la presión arterial en las celdas correspondientes a “M”, “T” y “N” (con negro)	63	85	11	<b>15</b>	74	100
Registra el peso	51	69	23	<b>31</b>	74	100
Registra sin borrones o enmendaduras	42	57	32	<b>43</b>	74	100
Están escritas con letra legible	53	72	21	<b>28</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

Se puede observar que el registro de la hoja grafica según indicadores muestran que el 43% de los registros se encuentran con borrones o enmendaduras, el 32% no registra los días postquirúrgicos, el 31% no registra el peso del paciente, el 28% no están escritas con letra legible, el 15% no grafica correctamente la temperatura con línea de unión entre los puntos (con azul), asimismo el 15% no grafica correctamente la presión arterial en las celdas correspondientes a “M”, “T” y “N” (con negro).

OE2

## CUADRO 4

**CALIDAD DEL REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA  
HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA  
GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN  
PUNO, 2016**

CALIDAD	REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
BUENA	0	0
REGULAR	15	20
MALA	59	80
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

De los 74 registros de notas de enfermería revisadas de las historias clínicas, ninguno es de buena calidad, mientras el 80% (59) es de mala calidad y el 20% (15) es de regular calidad.

La mayoría es de mala calidad, porque el profesional de enfermería registra menos de 20 ítems de un total de 28 ítems evaluados.

OE2

## CUADRO 5

**CALIDAD DEL REGISTRO SEGÚN INDICADORES DE LA HOJA DE  
NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES  
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL  
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

INDICADORES	HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registra nombres y apellidos	72	97	2	3	74	100
Registra la edad del paciente	70	95	4	5	74	100
Registra el sexo del paciente	70	95	4	5	74	100
Registra el número de historia clínica	26	35	48	<b>65</b>	74	100
Registra el número de cama	74	100	0	0	74	100
Registra el servicio	70	95	4	5	74	100
Fecha (al inicio; incluye año, mes y día)	69	93	5	7	74	100
Turno (mañana, tarde y noche)	66	89	8	11	74	100
Datos subjetivos (síntomas del paciente)	29	39	45	<b>61</b>	74	100
Datos objetivos (signos en el paciente)	51	69	23	<b>31</b>	74	100
Diagnósticos de enfermería	4	5	70	<b>95</b>	74	100
Registra los objetivos y/o resultados esperados	2	3	72	<b>97</b>	74	100
Registra las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería	26	35	48	<b>65</b>	74	100
Hora de la intervención	7	9	67	<b>91</b>	74	100
Registra tratamiento aplicado (medicamento, dosis, vía y hora)	68	92	6	8	74	100
Registra el balance hídrico (ingresos y egresos)	9	12	65	<b>88</b>	74	100
Registra el control de signos vitales (Tº, FC, FR y PA)	42	57	32	<b>43</b>	74	100
Registra la evaluación de las intervenciones	8	11	66	<b>89</b>	74	100
Están escritas con letra legible	26	35	48	<b>65</b>	74	100
Están escritas sin errores ortográficos	53	72	21	28	74	100
Color de la tinta es de acuerdo al turno (azul en las mañanas y tardes y rojo en la noche)	74	100	0	0	74	100
Registra sin borrones o enmendaduras	48	65	26	<b>35</b>	74	100
Registra sin dejar espacios en blanco	65	88	9	12	74	100
Registra nombres y apellidos	54	73	20	27	74	100
Firma de la enfermera	66	89	8	11	74	100
Número de colegiatura	44	59	30	<b>41</b>	74	100
Sello de la enfermera	39	53	35	<b>47</b>	74	100
Registra dos a tres notas en 24 horas	74	100	0	0	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

Los resultados del cuadro revelan que el registro de la hoja notas de enfermería según indicadores: el 97% no registra los objetivos y/o resultados esperados, el 95% no registra diagnósticos de enfermería, el 91% no registra hora de la intervención, el 89% no registra la evaluación de las intervenciones, el 88% no registra el balance hídrico (ingresos y egresos), el 65% no registra el número de historia clínica ni las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería ni están escritas con letra legible, el 61% no registra los datos subjetivos (síntomas del paciente), el 47% no contiene el sello de la enfermera, el 41% no tiene el número de colegiatura, el 43% no registra el control de signos vitales, el 35% registra con borrones o enmendaduras y el 31% no registra los datos objetivos del paciente.

OE3

**CUADRO 6**

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO EN LA  
HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA  
GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN  
PUNO, 2016**

CALIDAD	REGISTRO DE HOJA DE BALANCE HÍDRICO	
	Nº	%
BUENA	16	22
REGULAR	54	73
MALA	4	5
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

Este cuadro permite visualizar de los 74 registros de hoja de balance hídrico revisadas de las historias clínicas, solo el 22% (16) es de buena calidad, mientras el 73% (54) es de regular calidad y el 5% (4) de mala calidad.

La mayoría es de regular calidad porque el profesional de enfermería cumple en registrar de 15 a 19 ítems de un total de 22 ítems evaluados.

## OE3

## CUADRO 7

**CALIDAD DEL REGISTRO SEGÚN INDICADORES DE LA HOJA DE  
BALANCE HÍDRICO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL  
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL  
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

INDICADORES	HOJA DE BALANCE HÍDRICO					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registra nombres y apellidos	73	99	1	1	74	100
Registra la edad	73	99	1	1	74	100
Registra el sexo	71	96	3	4	74	100
Registra el número de historia clínica	42	57	32	<b>43</b>	74	100
Registra el número de cama	74	100	0	0	74	100
Registra la fecha	74	100	0	0	74	100
Registra los líquidos ingeridos por vía oral en cada turno	70	95	4	5	74	100
Registra el ingreso de líquidos por vía parenteral en cada turno	74	100	0	0	74	100
Registra la cantidad de medicamentos administrados	74	100	0	0	74	100
Registra el cálculo de agua de oxidación	74	100	0	0	74	100
Registra el total de los ingresos	73	99	1	1	74	100
Registra la cantidad de orina	73	99	1	1	74	100
Succión: Registra la cantidad succionada por vía nasogástrica u oro gástrica	39	53	35	<b>47</b>	74	100
Drenaje: Registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros.	56	76	18	<b>24</b>	74	100
Vómitos: Registra los líquidos eliminados por vómitos	41	55	33	<b>45</b>	74	100
Heces: Registra la pérdida de líquidos de las heces	46	62	28	<b>38</b>	74	100
Pérdidas insensibles: Registra el resultado del cálculo de las pérdidas insensibles	74	100	0	0	74	100
Registra el total de los egresos	69	93	5	7	74	100
Registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo o negativo) con rojo	71	96	3	4	74	100
Registra el peso del paciente	22	30	52	<b>70</b>	74	100
Registra sin borrones o enmendaduras	21	28	53	<b>72</b>	74	100
Están escritas con letra legible	48	65	26	<b>35</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

También en el siguiente cuadro se puede observar que el registro de la hoja de balance hídrico según indicadores: el 72% registra con borrones o enmendaduras, el 70% no registra el peso del paciente, el 47% no registra la cantidad succionada por vía

nasogástrica u oro gástrica, el 45% no registra los líquidos eliminados por vómitos, el 43% no registra el número de historia clínica, el 38% no registra la pérdida de líquidos de las heces, el 35% no están escritas con letra legible y el 24% no registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros.

OE4

**CUADRO 8**  
**CALIDAD DEL REGISTRO DEL KARDEX DE ENFERMERÍA EN LA**  
**HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA**  
**GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN**  
**PUNO, 2016**

CALIDAD	REGISTRO DE KARDEX DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
BUENA	50	68
REGULAR	23	31
MALA	1	1
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

Los resultados muestran, de los 74 registros de kardex de enfermería revisadas de las historias clínicas, el 68% (50) es de buena calidad, el 31% (23) de regular calidad y el 1% (1) de mala calidad.

La mayoría es de buena calidad, porque el profesional de enfermería registra de 16 a 18 ítems.

OE4

**CUADRO 9**  
**CALIDAD DEL REGISTRO SEGÚN INDICADORES DEL KARDEX DE**  
**ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL**  
**MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

INDICADORES	KARDEX DE ENFERMERÍA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registra nombres y apellidos	74	100	0	0	74	100
Registra la edad	74	100	0	0	74	100
Registra el sexo	73	99	1	1	74	100
Registra el número de historia clínica	53	72	21	<b>28</b>	74	100
Registra el número de cama	74	100	0	0	74	100
Registra el peso	69	93	5	7	74	100
Registra la fecha de ingreso	74	100	0	0	74	100
Registra la hora de ingreso	72	97	2	3	74	100
Registra el diagnóstico médico	74	100	0	0	74	100
Registra el tipo de dieta del paciente con rojo	74	100	0	0	74	100
Registra las fechas: día, mes y año del tratamiento médico	71	96	3	4	74	100
Registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, vía; de acuerdo a la prescripción médica. Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración	74	100	0	0	74	100
Registra las horas diarias según frecuencia de programación del medicamento	67	91	7	9	74	100
Chequean con un aspa en el horario que se administró el medicamento.	73	99	1	1	74	100
Registra como suspendido en la fecha en que se discontinuo el tratamiento médico	65	88	9	<b>12</b>	74	100
Registra procedimientos de enfermería y/o exámenes solicitados	67	91	7	9	74	100
Registra sin borrones o enmendaduras	19	26	55	<b>74</b>	74	100
Están escritas con letra legible	27	36	47	<b>64</b>	74	100

Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

El cuadro permite observar que el registro del kardex de enfermería según indicadores: el 74% registra con borrones o enmendaduras, el 64% no están escritas con letra legible, el 28% no registra el número de historia clínica y el 12% no registra como suspendido en la fecha en que se discontinuo el tratamiento médico.

#### 4.2. DISCUSIÓN.

En el servicio de cirugía general la mayoría de los registros de enfermería son de regular calidad, probablemente sea debido a la falta de conocimientos, inseguridad sobre que registrar, falta de habilidad en el manejo del lenguaje, falta de motivación, exceso de carga asistencial, demanda de pacientes, tiempo que implica registrar, falta de organización y factores institucionales. Los profesionales de la salud que manejan estos registros no podrán ni interpretar, ni confiarse de los datos que este proporciona ya que se encuentran incompletos o registrados de forma errónea, por ende el incumplimiento de estos no permitirá brindar cuidados de calidad al paciente hospitalizado. Un buen registro de enfermería, debería de recoger la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar calificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

Los resultados obtenidos difieren de manera significativa con el estudio realizado por Gutiérrez y col. donde obtuvieron como resultado que las enfermeras cumplen con realizar los registros de enfermería en el nivel bueno en un 56,1% y el 36.6% registra regularmente. De igual forma Valverde obtuvo como resultados que el 58% de los registros de enfermería son de calidad media. Así mismo Cedeño y col. obtuvieron como resultados que el 89% de historias clínicas no cumplen con realizar los registros de enfermería. Sin embargo los resultados obtenidos en nuestro estudio nos indican que existe necesidad de mejora porque el 95% registra de regular calidad, esta diferencia probablemente se deba al contexto laboral.

La profesión de enfermería es relativamente actual y en fase de cambio, donde existe todavía un amplio colectivo de enfermeras que no le dan la suficiente importancia a los registros de su actividad, consideran al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial por lo que es importante convencer al personal de la importancia de los registros, pues éstos suponen el reconocimiento de nuestro trabajo. Son diversas las razones para justificar que no se realicen los registros como son: la carga de trabajo asistencial, dificultades para plasmar por escrito nuestro trabajo o por falta de costumbre. Sin embargo aun cuando la carga de trabajo sea excesiva, es necesario retomar el hecho de que un registro con calidad, es el reflejo del trabajo realizado y la única constancia que se tiene para demostrar la atención que se brinda al paciente.<sup>60, 61</sup>

Los registros son de utilidad para la toma de decisiones médicas y de enfermería en el cuidado de pacientes. Lo que mayormente afecta la elaboración de registros es la gravedad de los pacientes, falta de experiencia, desconocimiento de la legalidad jurídica que tienen sus registros como parte del expediente clínico, por lo que los administradores, deberán prestar mayor atención a éste aspecto.<sup>62</sup>

La utilidad e importancia de los registros se centra fundamentalmente en su valor legal y como instrumento de gestión e indicador de calidad. Sin embargo, aún se observa que las enfermeras no les confieren mayor importancia, realizando registros en forma rutinaria, sin precisión ni objetividad.<sup>63</sup>

Los registros de la hoja gráfica en su mayoría son de buena calidad, probablemente se deba a que este registro es revisado no solo por el profesional de enfermería sino también por el médico, o porque la enfermera conoce y realiza las mediciones de signos vitales porque estos constituyen una herramienta valiosa como indicadores que son del estado funcional del paciente y así de esta forma el personal médico pueda actuar inmediatamente frente a estos cambios y evitar complicaciones en el paciente. La toma de los signos vitales no debe convertirse en una actividad rutinaria, la enfermera debe de realizar su interpretación adecuada y oportuna porque tiene particular importancia cuando los pacientes presentan una gran variedad de cuadros clínicos, algunos en estado crítico y esto ayudara a decidir conductas de manejo.

Los resultados obtenidos son semejantes al estudio realizado por Gutiérrez y col. donde obtuvieron como resultado que las enfermeras registran la hoja gráfica, bueno en un 56,1%. Esto probablemente sea debido porque este registro es observado por el médico.

Sin embargo los resultados difieren con la investigación realizada por Cedeño y col. donde obtuvieron como resultado que el 12% de registros de la hoja de signos vitales cumplen con las normas para registro correcto de este formulario. Esta diferencia probablemente se deba a la demanda de pacientes, sobrecarga de trabajo.

La omisión del registro de signos vitales podría convertirse en un riesgo para la evaluación correcta de los pacientes, siendo este uno de los componentes del expediente clínico de pacientes y como tal es necesario hacer referencia al mismo, puesto que el registro de los signos vitales permite que la enfermera y el médico realicen una evaluación clínica confiable y tomen una decisión correcta y oportuna.<sup>64</sup>

Los resultados indican que los registros de la hoja gráfica presentan mínimas deficiencias en su registro, porque no se encuentran adecuados en su presentación debido a que presentan borrones, letra ilegible, lo cual podría conllevar a errores en su lectura, desconfianza por otros miembros del equipo de salud, problemas legales y por ende afecta tanto al paciente y al profesional quien lo realizó, esto probablemente se deba a la rapidez con que se registran, inseguridad, cantidad de pacientes y poca familiaridad con el paciente. La falta del registro de los días postquirúrgicos no permitirá conocer con exactitud la evolución de la herida operatoria, el estado general del paciente, no permitirá realizar intervenciones y tratamientos oportunos, finalmente esto podría afectar a la recuperación del paciente post operado. También se observó que un buen porcentaje no registra el peso, esto podría ser debido a que los pacientes ingresan al servicio, en silla de ruedas o camilla y muchos de estos no pueden mantenerse de pie y no se les realiza el control del peso o simplemente se olvidan de registrarlo o porque la balanza no se encuentra en buenas condiciones para utilizarlo, la omisión del registro del peso no permitirá conocer si el paciente esta con un peso adecuado ya que ello es importante para la determinación de una cirugía, dosificación de medicamentos. Así mismo un buen porcentaje no cumple en realizar la gráfica de temperatura y presión arterial de acuerdo a los turnos establecidos y ello no permitirá determinar cambios que de alguna manera podrían afectar el estado del paciente.

Cedeño y col. en su estudio realizado obtuvieron como resultado que sólo el 66% tenían la fecha, el 20% registró con rojo los días posquirúrgicos, el 42% registró el pulso con líneas de unión entre los puntos (con rojo) en cada turno, el 42% registró la temperatura con línea de unión de los puntos (con azul), el 32% registró la frecuencia respiratoria con líneas de unión entre los puntos (con verde) en cada turno, el 30% registró en las celdas correspondientes a “AM” y “PM” la presión arterial y el 18% registró la medición de peso. Los resultados obtenidos son similares a nuestra investigación en cuanto al registro de fechas de hospitalización, mientras que los demás resultados difieren porque los porcentajes de registro son mayores en nuestra investigación. Esta diferencia probablemente se deba al número de pacientes y número de profesionales enfermería

Existen directrices legales para el registro: No borrar, no 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 de forma legible.<sup>26</sup>

La mayoría de los registros de notas de enfermería son malos, probablemente se deba a que lo escrito en este registro no es tomado en cuenta por el médico, ni por el mismo profesional de enfermería, por ello la enfermera no se esfuerza en realizar un buen registro de este, las enfermeras se fían de la comunicación oral de otra enfermera como sucede en la entrega de turno, más no en los registros de las notas, situación que ocurre porque las notas de enfermería no contienen información suficiente sobre la valoración del estado del paciente, decisiones, actividades importantes, cuidados brindados y respuestas del paciente.

Muchas veces los profesionales de enfermería realizan diversos procedimientos pero no realizan el registro en la hoja de notas de enfermería esto probablemente sea por falta de tiempo, esto implica que muchas de las acciones realizadas al paciente quedan sin anotarse, sin darse cuenta que los registros de enfermería son una prueba de desempeño de sus funciones y que tienen un valor legal ante un proceso penal, esta negligencia puede perjudicar al personal profesional en algún proceso legal de auditoría médica.

Los resultados de la investigación son semejantes al estudio realizado por Apaza, en su estudio obtuvo que el 77,7% de las notas de enfermería son de mala calidad, al igual que en nuestro estudio también se obtuvo registros de hojas de notas de enfermería de mala calidad, esta similitud probablemente se deba a que el profesional de enfermería en este hospital aún continúa con desconocimiento sobre la forma del registro de notas de enfermería en base al modelo SOAPIE es decir aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE), como señala la Ley del trabajo del enfermero, también puede ser al tiempo de trabajo, edad de las enfermeras, experiencia laboral, ausencia de supervisiones, falta de capacitación, falta de personal de enfermería, falta de motivación, factores personales, institucionales. Esto podría conllevar a que el profesional de enfermería no sea reconocido por otros profesionales porque no hay evidencias del trabajo realizado ya que lo que no está escrito no está hecho, también hace que no haya una buena comunicación entre profesionales y no permite realizar una buena continuidad de cuidados enfermeros.

De igual forma los resultados de la investigación son congruentes con los resultados obtenidos en la investigación realizada sobre calidad de los registros clínicos en enfermería donde se obtuvo que ninguna de las 83 hojas evaluadas obtuvieron el valor de excelente.<sup>65</sup> También Pecho, evaluó la calidad de las anotaciones de enfermería y obtuvo como resultado de mala calidad en un 85% y solo un 18% lo hace de regular calidad. Este autor recomienda sensibilizar al profesional de enfermería sobre la importancia de registrar y así potenciar los registros, mejorando sus contenidos y enfatizando el uso de los diagnósticos de enfermería. Así mismo Cedeño y col. en su estudio realizado obtuvieron como resultado que ningún registro de reportes de enfermería cumple con las normas para registro correcto de este formulario.

Mientras que los resultados difieren con el estudio realizado por Gutiérrez y col. en su estudio realizado obtuvieron como resultado que las enfermeras registran las notas de enfermería, bueno en un 75.6%, por otro lado Morales obtuvo resultados que muestran que las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad en un 54,7% y un 45,3% de mala calidad, al igual que en el estudio realizado por Gutiérrez donde obtuvo registros de regular calidad en un 65%, en tanto en nuestra investigación el 80% registra de mala calidad, esta diferencia probablemente se deba a que las investigaciones se realizaron en diferentes lugares, o porque las enfermeras no reciben permanente capacitación sobre la importancia de registrar las notas de enfermería.

La ausencia de capacitaciones para el personal de una institución es sumamente preocupante puesto que no se actualizan científicamente, lo cual puede repercutir en las anotaciones de enfermería. La falta de importancia que se tiene de cómo están los registros de enfermería puede tener otros factores personales, el alto número de pacientes en un servicio, equipo de enfermería incompleto e incluso la mala ortografía y caligrafía, pueden evidenciar un déficit en la elaboración de las notas de enfermería.<sup>63</sup>

Los resultados muestran la mala calidad de las notas de enfermería, porque la mayoría de los profesionales de enfermería solo registran datos de identificación del paciente, fecha, en cuanto al contenido propiamente de las notas redactan en el siguiente orden, primero la edad, sexo seguido del tiempo postoperatorio, diagnóstico médico, algunos signos observados en el paciente, tratamiento médico aplicado, como queda el paciente esto lo hacen de forma general y al final de la nota colocan la firma y nombre de la

enfermera(o). Observándose además que la mayoría de las notas se encuentra con letra ilegible.

La mayoría no registra lo siguiente, en lo que respecta a la hoja de balance hídrico probablemente sea porque se guían del registro propio de la hoja de balance hídrico, el número de historia clínica por la cantidad de pacientes o porque se confían en lo registrado en los demás formatos de la historia clínica, aunque debería registrarse en todas las hojas, las horas de intervenciones porque las anotaciones lo realizan al final del turno y se olvidan de la hora que realizaron las actividades y/o cuidados, por lo que estas anotaciones deben realizarse paralelo a las actividades realizadas, las funciones vitales porque se fían de la hoja gráfica, la letra ilegible y los borrones se debe por la cantidad de pacientes, tiempo que demoran en cada registro y esto podría llevar a confusiones en la lectura o a malas interpretaciones, el no colocar los datos de identificación de la persona quien realizo el registro podría desmerecer el trabajo realizado.

Se evidenció que las anotaciones realizadas por las enfermeras no son relevantes en su contenido porque no aplican el método enfermero aparte de incompletos e ilegibles, se encontró omisión de las actividades realizadas, borrones con corrector líquido, carencia de identificación de las notas. Esta hoja de notas de enfermería tiene una aproximación a un modelo narrativo, mas no al modelo SOAPIE y no se identificó con precisión la aplicación del Proceso de atención de enfermería. Esto implicaría que la enfermera no está realizando un buen trabajo profesional porque no se evidencia el trabajo realizado en sus registros, aunque sea lo contrario porque se ha observado que la enfermera realiza diversas actividades, acciones pero no las registra, eso es como si nunca hubiese hecho nada.

Los resultados obtenidos son semejantes al estudio realizado por Caballero y col. en sus resultados se evidencia que no realizan el registro de datos subjetivos, diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones de enfermería ni la evaluación de las intervenciones, incumpléndose en el registro la aplicación del proceso de atención de enfermería, esto implica las condiciones en las que se deja al paciente y esto podría traer implicancias legales, además existe la necesidad de un formato que incluya cada etapa del PAE.

En el estudio realizado por Cedeño y col. obtuvieron como resultado; el 30% de notas de enfermería estaban escritas con letra legible y sin errores ortográficos, el 22% tenía registrado la hora de las anotaciones, el 26% tenía registrado las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes con la valoración, diagnóstico y plan de enfermería, el 0% no registro los diagnósticos de enfermería, el 36% tenía el color de la tinta en las notas de enfermería correctamente según el turno en que se trabajó (azul en las mañanas, verde en tardes y rojo en la noche), el 34% no se encontraban borradas con corrector líquido, ni habían notas superpuestas, adulteradas, ni emborronadas y el 48% de las historias clínicas tenía reportes de enfermería en las que existía delimitación entre una y otra nota de enfermería con las firmas correctamente usando la inicial del nombre, apellido y cargo.

Los resultados son similares con nuestra investigación en cuanto a lo escrito con letra legible, registro de intervenciones de enfermería, diagnósticos de enfermería, mientras que difieren con los demás resultados, esta diferencia se deba probablemente a situaciones personales de los profesionales que laboran en cada área de hospitalización, los tipos de pacientes que son atendidos, problemática general de la institución.

Sin embargo aun cuando la carga de trabajo sea excesiva, es necesario retomar el hecho de que un registro con calidad, es el reflejo del trabajo realizado y la única constancia que se tiene para demostrar la atención que se brinda al paciente.<sup>66</sup>

Existen características necesarias que deben cubrir un registro: La ortografía o escritura correcta aumenta la exactitud del registro, ya que hay términos que pueden interpretarse de manera errónea. 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>24</sup> Por otro lado existen algunas directrices legales entre las que destaca registrar todas las entradas de forma legible y no utilizar lápiz, anotar la hora en que se realiza el registro esto evita confusiones sobre el momento en que se realizan los cuidados y ayuda a establecer la secuencia de los cuidados, registrar todos los hechos, no dejar espacios en blanco y propone dentro de las características que al término del registro debe incluirse la firma de la enfermera incluyendo nombre o primera inicial, apellidos y cargo, además de hacer énfasis en que los registros de enfermería representan un alto

grado de responsabilidad con implicaciones administrativas, profesionales, financieras y legales y en la actualidad son muy importantes debido al aumento de situaciones médico legales.<sup>67</sup>

El personal de enfermería al redactar la nota de enfermería anotará todos los cuidados brindados durante el turno así como: baño diario, higiene oral, curaciones de herida, movilización dentro y fuera de su unidad, administración de medicamentos, reacciones a los mismos, canalización de venas periféricas, exámenes especiales, educación al paciente y familia, que tratamientos rehúsa el paciente, cuidados de catéteres, sondas, entre otras. Como queda al finalizar el turno se describe el estado del paciente, si queda consciente, mejorado, grave o igual a como lo recibió, tipo de soluciones, condiciones físicas, tratamientos o exámenes pendientes.<sup>68</sup>

Un buen porcentaje de registros de la hoja de balance hídrico son de regular calidad, probablemente sea debido a que algunos de los egresos de líquidos no son registrados de forma diaria, observándose espacios en blanco, podría ser a causa del olvido del registro o porque no realizaron el control de los egresos de líquidos en los pacientes y esto generalmente lo realiza el personal técnico de enfermería, por lo que la enfermera deberá supervisar permanentemente al personal técnico en cuanto a esta actividad, lo cual refleja que la enfermera no está consciente de la importancia que tiene este registro ya que permite determinar el equilibrio hídrico del paciente, y en base a este resultado se tomarán nuevas decisiones para el tratamiento. El control de los líquidos aportados y eliminados, es por tanto una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en su praxis diaria. El cálculo del balance hídrico es una actividad habitual en las unidades de enfermería y debemos contextualizarlo dentro del plan de cuidados bajo unos diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería, y que de su correcto cálculo y atención, pueden evitarse iatrogenias así como detección precoz de posibles complicaciones, repercutiendo positivamente en la seguridad del paciente.

Los resultados obtenidos difieren con la investigación realizada por Gutiérrez y col, donde obtuvieron como resultado que las enfermeras registran el balance hídrico, malo en un 65,9%. Esta diferencia probablemente se deba al número de pacientes atendidos o a que el profesional de enfermería delega algunas actividades al auxiliar en enfermería y muchas veces el auxiliar de enfermería no cumple con estas actividades.

El profesional de enfermería es responsable de supervisar el registro de la hoja de balance hídrico que realiza el personal auxiliar de enfermería, tomando en cuenta la revisión del registro durante recibo y entrega de turno, durante las rondas de enfermería para dar enseñanza y reforzar aspectos importantes.

La mayoría no registra el peso del paciente en este formato probablemente sea porque se confían de lo anotado en la hoja grafica o kardex de enfermería, pero debería anotarse en esta hoja para poder determinar el cálculo de agua de oxidación y las perdidas insensibles, el no registrar los datos de succión, vómitos, heces, drenaje podría conllevar a malas interpretaciones acerca de la evolución, estado del paciente porque su omisión altera el cálculo del balance hídrico. Los borrones, letra ilegible probablemente sea por errores cometidos en el cálculo de la diferencia entre los ingresos y egresos o porque el registro lo realizan al final del turno llegando a la confusión u olvido o por falta de interés del personal que labora en este servicio.

Una de las actividades que requiere más habilidad y conocimiento es la relativa al control y manejo de líquidos parenterales que se administran al paciente, la enfermera es la encargada directa de aplicar y vigilar las canalizaciones, las cantidades prescritas, las respuestas del paciente al tratamiento, detallar el procedimiento es importante para el proceso de enfermería y se puede realizar a través de esta hoja.<sup>35</sup>

En la investigación realizada por Cedeño y col. obtuvieron como resultado que el 40% registró el total de los ingresos vía oral, parenteral, sondas nasogástricas u otros, el 36% registro el total de eliminaciones por diferentes vías: urinaria, heces, vómitos, etc. El 18% registró la medición del peso, los resultados obtenidos en esta investigación son similares a nuestra investigación en cuanto al registro de los egresos y del peso del paciente, mientras los resultados difieren en cuanto a los ingresos porque en nuestra investigación el mayor porcentaje lo registra. Estos resultados son diferentes probablemente por la sobrecarga de trabajo, o porque el registro no lo realizan paralelo a la actividad realizada y por tanto lleva al olvido del registro.

Dentro de las características de los registros de enfermería están, la claridad es decir ser claros porque ofrecen la información esencial, deben ser precisos, legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas, los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.<sup>24</sup>

La enfermera en su función asistencial tiene como una de las actividades más importantes, que realiza las 24 horas del día y a todos los pacientes pos operados, es realizar el registro de la hoja de balance hídrico, habitualmente, el control se basa en un control diario de ingesta y eliminación de líquidos, pero en determinadas situaciones es necesario un control más exhaustivo, registrando incluso cantidades mínimas, para poder determinar el exceso o déficit de líquidos,<sup>43</sup> porque existen factores que afectan al equilibrio de líquidos algunos de ellos son: ingestión insuficiente tanto de líquidos como de alimentos, alteraciones del tubo gastrointestinal, hemorragias, drenajes de heridas, quemaduras, traumatismos, vómitos, diarreas y estados patológicos, por tanto es de vital importancia registrar todo los ingresos y pérdidas por estos.<sup>44</sup>

La mayoría de los registros de kardex de enfermería son de buena calidad, probablemente sea debido a que este registro es observado, revisado continuamente no solo por el profesional de enfermería sino también por el médico, es por ello que la enfermera le da mayor importancia a este registro, porque en ella anota las ordenes médicas, procedimientos, exámenes pendientes, cuidados de enfermería y tratamiento farmacológico, pero sin embargo los resultados obtenidos en nuestro estudio nos indican que existe necesidad de mejora porque aún se encontró que el 31% tiene un registro de regular calidad lo que indica que se está desviando datos importantes necesitando concientizar su relevancia en la gestión de cuidado. Estas deficiencias repercuten negativamente en el tratamiento del paciente y demuestra una irresponsabilidad en la práctica de la profesión que puede conllevar a problemas ético-legales.

La investigación es semejante al estudio realizado por Gutiérrez y col donde obtuvieron como resultado que las enfermeras registran el kardex de enfermería, en un nivel bueno en un 65,9%, el 34,1% de regular calidad y ninguno es de mala calidad. Asimismo está demostrado que el registro de mayor uso es la hoja de medicamentos, no refiriendo información sobre nivel de cumplimiento del registro.<sup>69, 70</sup>

Siendo el kardex un método conciso que utiliza la enfermera para organizar y registrar datos acerca de un paciente y facilita el acceso inmediato a la información de todos los profesionales de la salud intervinientes. El kardex contiene información relacionada con el plan de cuidados continuado actual del paciente y permite que sea consultado

todas las veces que sea necesario, por la practicidad que implica y la disponibilidad que tiene para todo el personal a cargo del paciente.<sup>34</sup>

La función del profesional de enfermería en la administración de medicamentos es la transcripción de la indicación médica a un sistema de registro de enfermería, siendo el más habitual en nuestro contexto el kardex de enfermería. El retraso de la documentación puede dar lugar a: el olvido de los registros del fármaco administrado o a la administración del mismo fármaco por otra enfermera que pensó que no había sido administrado.<sup>32</sup>

En la investigación realizada se observó que la mayoría de los registros del kardex presentan borrones, enmendaduras, no están escritas con letra legible y no registran el número de historia clínica. Esto probablemente se deba al cambio constante de ordenes médicas, cambio de indicaciones de medicamentos lo cual da lugar a que la enfermera pueda realizar borrones, asimismo la demanda de pacientes y sobrecarga de trabajo hacen que realicen la escritura de forma rápida y muchas veces no llegan a entenderse estos registros, y una mínima cantidad de estos registros no registra el número de historia clínica podría ser debido a la poca importancia que le dan a e o al apuro de realizar las atenciones o cuidados de enfermería al ingreso del paciente.

Gutiérrez y col. en su estudio realizado obtuvieron como resultado que las enfermeras transcriben correctamente el tratamiento farmacológico en un 85.4%, el 56.1% realiza el registro con borrones y manchas. Los resultados difieren con la investigación realizada porque en nuestra investigación el 100% cumple en registrar el tratamiento farmacológico y el 74% registra con borrones o enmendaduras. Esta diferencia probablemente sea debido a factores institucionales. Estas deficiencias repercuten negativamente en la práctica de la profesión de enfermería porque podría conllevar a problemas legales.

En su estudio Cedeño y col. obtuvieron como resultado, el 72% tenían anotado las características señaladas de las prescripciones farmacológicas (presentación, vía, dosis, frecuencia) de acuerdo a la prescripción médica. Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración. El 62% registró la fecha y mes que inicio el tratamiento además del año. El 70% tenía desglosado el horario: de 07:00 a 18:59 con azul y de 19:00 a 06:59 con rojo. El 78% tenían chequeada la administración de

medicamentos según horario con iniciales del nombre y apellido de la responsable de enfermería. Los resultados obtenidos en esta investigación difieren porque en nuestra investigación los porcentajes de registro son mayores en cuanto a los indicadores mencionados. Esta diferencia probablemente se deba al tipo de estudio, cantidad de enfermeras, edad de las enfermeras.

La información registrada en un informe ha de ser completa, conteniendo información concisa apropiada y total sobre el cuidado del cliente. 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>24</sup>

Las hojas de registro de enfermería constituyen las pruebas de la atención proporcionada al paciente y su respuesta ante los cuidados recibidos.<sup>54</sup>

## V. CONCLUSIONES

### **PRIMERA.**

La calidad de los registros de enfermería en general, es regular en las hojas que pertenecen a la historia clínica de los pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, la mayoría de los profesionales de enfermería cumplió en registrar de 59 a 75 ítems de los 84 ítems evaluados de la hoja; gráfica, notas de enfermería, de balance hídrico y kardex de enfermería.

### **SEGUNDA.**

La calidad del registro de la hoja gráfica, es buena en la historia clínica de los pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general, la mayoría de los profesionales de enfermería cumplió en registrar más de 14 ítems de los 16 ítems evaluados.

### **TERCERA.**

La calidad del registro de la hoja notas de enfermería, es mala en la historia clínica de los pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general, la mayoría de los profesionales de enfermería registraron menor a 20 ítems de los 28 ítems evaluados.

### **CUARTA.**

La calidad del registro de la hoja de balance hídrico, es regular en la historia clínica de los pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general, la mayoría de los profesionales de enfermería cumplió en registrar de 15 a 19 ítems, de los 22 ítems evaluados.

### **QUINTA.**

La calidad del registro del kardex de enfermería, es buena en la historia clínica de los pacientes que fueron dados de alta del servicio de cirugía general, la mayoría de los profesionales de enfermería cumplió en registrar más de 16 ítems, de los 18 ítems evaluados.

## VI. RECOMENDACIONES

### **A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO.**

En el programa de educación permanente considerar la capacitación para el personal de enfermería del hospital, sobre calidad de los registros de enfermería.

Elaborar manuales sobre la forma del llenado de los registros de enfermería y estandarizar los formatos de enfermería en cada servicio de hospitalización.

### **A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Dar cumplimiento al Reglamento de la ley del trabajo de la enfermera, en su artículo 9º, inciso (a) señala como función de la enfermera brindar cuidado integral de Enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente.

Elaborar con responsabilidad y veracidad el llenado de los registros de enfermería.

### **A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Los docentes deben fortalecer entre sus estudiantes los conocimientos teóricos sobre registros de enfermería asimismo realizar supervisiones del llenado correcto de los registros de enfermería durante las prácticas clínicas, para un adecuado cumplimiento de estos y así crear conciencia frente a lo que representan para la profesión.

### **A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA**

Realizar investigaciones pre experimentales con programas de capacitación para mejorar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica de los servicios de hospitalización.

Realizar investigaciones sobre factores personales e institucionales que intervienen en el cumplimiento de los registros de enfermería en los servicios de hospitalización.

**VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Arroyo, M. *Ética y Legislación en Enfermería*. 4ta Edición, Bogotá: Editorial Interamericana MC. Graw. Hill Machiel; 2007.
2. Caballero, E. Becerra, R. Latrach, C. *Grado de uso del proceso de enfermería*. Eds. Universidad Católica, Santiago de Chile; 2005.
3. Gonzales, J. *Historia de la Enfermería*. 2da Edición. España: Editorial Dialenec; 2001.
4. Vargas, C. *Aspectos Legales de las notas de enfermería*. Costa Rica, Agosto 2006. Vol. 25 (1). Fecha de acceso 02 de agosto 2016, Disponible en: [www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/3.pdf](http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/3.pdf).
5. Ortega, C. Suarez, M. *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación*. 2da Edición. México: Editorial Medica Panamericana S.A. 2009.
6. Cedeño, S. Guananga, D. *Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón*. Tesis pregrado. Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería; 2013.
7. Gutiérrez, J. Esquen, O. Gómez E. *Nivel de cumplimiento de los registros de enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé*. Revista Científica de Ciencias de la Salud. Lima. Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé; 2012.
8. Apaza, G. *Factores personales e institucionales relacionados a la calidad de notas de enfermería en los servicios del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón*. Tesis pregrado. Puno. Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2003.
9. Farfán, G. *Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería*. Tesis pregrado. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2013.
10. Gonzales, M. *Evaluación de la calidad de los registros de enfermería*. Tesis postgrado. México. Universidad Autónoma de Queretano. Facultad de Enfermería; 2007
11. Valverde, A. *Calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud*

- del Niño. Lima. Tesis Postgrado. Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2009.
12. Morales, S. Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua. Tesis de Segunda Especialidad. Moquegua. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud; 2011.
  13. Colegio de enfermeros (as) del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima, 2008.
  14. Juran, J. Planificación para la Calidad. México, 2000. Pág. 1- 15
  15. Dancausse, F. Chaumat, É. La información en enfermería: Transmisiones diana: guía metodológica. Barcelona: Masson; 2004.
  16. Gilmore, M. Moraes, N. Manual de Gerencia de Calidad, OMS, OPS, Fundación Kellogg's Manuales operativos Paltex. Madrid, 2006.
  17. Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica, Definición y métodos de evaluación, (1ª. reimp.) México, La Prensa Medica Mexicana, 2003.
  18. García, D. Actualizaciones en enfermería. 3ra Edición. Bogotá, 2003.
  19. García, S. Meza, A. Análisis de los Informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina, 2003. Disponible en:  
<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03Medicas/M-028.pdf>.
  20. Gonzáles, I. Ibarra, B. Sabemos los Enfermeros como escribir un parte. 2da Edición. México: Cuadecon; 2004.
  21. Aquiles, M. Ética Profesional. Editorial Herrera Hermanos. México 2002.
  22. Corcoles, P. Registro de enfermería: Perspectivas del futuro y posibles soluciones. 6ta Edición. Madrid: Editorial Salva; 2002.
  23. Hullin, C. Registros de enfermería y características de un registro clínico de calidad. Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago, Buenos Aires: Editorial Mediterráneo; 2010 (pp. 367-375).
  24. Potter, P. Fundamentos de Enfermería: teoría y práctica. 5ta. Edición. Madrid - Barcelona: Editorial Harcourt Brace; 2002; p-66-87,512-535.
  25. Código deontológico de la Enfermera Española, Consejo General de Enfermería, Madrid, 2005.
  26. Potter, P. Fundamentos de Enfermería: teoría y práctica. 3ra Edición. Madrid -

- Barcelona: Editorial Harcourt Brace; 1995. Pág. 185 – 187.
27. Benavent, M. Leal, C. Los registros de enfermería consideraciones ético legales. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43/>.
  28. Rodrigo, L. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Ed. Masson. Barcelona; 2000.
  29. Hotangas, A. Calidad de los registro de enfermería. 2da Edición. Madrid: Editorial Americana, 2005.
  30. Cañete, M. El Registro de Enfermería: Debería hablar por sí solo, Editorial VEA, Lima; 2006.
  31. García, A. Navío, M. Morganizo, L. Normas básicas para la elaboración de los Registros de Enfermería. Madrid, España: Editorial Rol, 2007.
  32. Méndez, G. La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001.
  33. Ibarra, F. García, S. Introducción a la supervisión, 2006. Versión electrónica extraído el 26 diciembre del 2016. Disponible en:  
<http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/default.htm>
  34. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 7ma. Edición. Vol. I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. Madrid, España, 2005.
  35. Balderas, M. Administración de los Servicios de Enfermería, cuarta edición, Edit. Mc Graw Hill- Interamericana, 2005 Pág. 90-125 194-199.
  36. Ministerio de la Salud. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Lima, 2005.
  37. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Servicio de Enfermería en Medicina. Lima, 2015. Disponible en: <http://www.Enfermerix.Blogspot.com>
  38. Dugas, B. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta Edición. México. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2000. pág. 191. 968-25-1041-4.
  39. Alfaro, L. Aplicación del proceso de enfermería. Guía paso a paso. Ed. Masson. 4ª Ed. 2002.
  40. Tipacti, E. El proceso de atención de enfermería: teoría y práctica. 2da Edición, Tacna – Perú: Editorial Americana; 2005. Pág. 22
  41. Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). Ley del trabajo de la enfermera(o) N° 27669. Lima – Perú. (2002). Disponible en:

- [http://www.cep.org.pe/beta/download/ley\\_trabajo\\_enfermero.pdf](http://www.cep.org.pe/beta/download/ley_trabajo_enfermero.pdf).
42. Buchda, V. Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 2005.
  43. Guía de Balance Hídrico, Escuela Salud - DUOC-UC. Balance Hídrico, Clases Fundamentos Enfermería, Disponible en:  
<http://hablemosdeenfermeria.blogspot.pe/2015/07/balance-hidrico.html>.
  44. Esteban, A. Portero, P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid, 2008.
  45. Salas, Y. Torres, O. Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna – neonatal. 1ra Edición, Quito-Ecuador: Editorial Mariobo; 2008. p. 48 – 52.
  46. Fernández, C. Garrido, M. Santo Tomas, M. Serrano, D. Enfermería Fundamental, España, Edit. Masson. 2003.
  47. Almeida, E. Guzman, M. Sarzosa, G. Manual de la Enfermería: Enfermería Básica. 8va Edición. México, 2007. Pág. 44 - 47.
  48. Romero, M. Registros de enfermería. Revista ROL Enfermería. Madrid: Salleras Sanmartí; 2008 p. 580-582.
  49. Prieto, G. Notas de Enfermería. Tribunal Nacional, Ético de Enfermería, Bogotá-Colombia: Editorial, Amescua; 2013.
  50. Corcoles, P. García, P. Ruiz, T. Pita, L. & Callejas, C. El dossier de enfermería en el complejo hospitalario de Albacete: Composición y control de calidad, 2002. Revista Enfermería. 7 (207), 1-3. Disponible en:  
[http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/ numero%207/dossier7.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/dossier7.htm)
  51. Valenzuela, J. Cámara, S. Registro del proceso Enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. Salud y Cuidados (versión electrónica) No. 7 (consultada 11 de agosto del 2016), Disponible en:  
<http://www.saludycuidados.com/numero7/registros/registro.htm>.
  52. Farfán, G. Realizada a partir de la información descrita por León, Manzanera, López y González, en el artículo Dudas de Enfermería en el manejo de la historia clínica; 2010 p.10-11.
  53. Fernández, A. Manual y procedimientos de un sistema de calidad ISO 9001-2000. Instituto de Fomento Regional, Bogotá, 2002.
  54. Carrillo, O. Socorro, M. El registro de enfermería como parte del cuidado.

2006. Disponible en:  
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf>.
55. Iyer, W. Barbara, J. Proceso de atención y diagnóstico en enfermería. 3ra. Edición. Mc Graw-Hill Interamericana, México; 2005. Pág. 9 – 21.
56. Martínez, A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. España; Vol. N° 3(1):54-59. Marzo, 2007.
57. Polit, F. Hungler, P. Investigación científica en ciencias de la salud: principios de la investigación. 6ta ed. México: Editorial McGraw – Hill Interamericana; 2000.
58. Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la investigación. 5ta Edición. México: Interamericana Editores S.A. 2010.
59. Pineda, E. Alvarado, E. Metodología de la investigación 3ra. Edición. Washington, 2008.
60. Ruiz, A. Calidad de los registros de Enfermería en Enfermería Cardiovascular: Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias. 3ra Edición. Buenos Aires: Editorial Elsevier; 2005 p. 98-103.
61. Freitas, M. Información que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería. Tesis pregrado. Universidad central de Venezuela, Escuela de Enfermería, 2014.
62. González, E. Opinión del personal de enfermería respecto a sus registros, realizado en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario. Tesis postgrado. México, 2008.
63. Pecho, T. Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y la calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de ICA, Tesis para optar por el título de especialista en enfermería pediátrica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; 2003.
64. Carpenito, L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Ed Interamericana. McGraw-Hill; 2000.
65. Castro, M. Álvarez, E. Arias, V. Botello, Z. Nieuws, V. Vázquez, A. Calidad de los Registros Clínicos en Enfermería, Desarrollo Científico de la Enfermera, 3ra Edición. México, 2008 p. 41 –44.

66. Ruiz, A. Fernández, G. Manual de Procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2012. Disponible en :  
[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos\\_compartidos/procedimientos\\_generales\\_enfermeria\\_HUVR.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf).
67. Domic, E. Prevención en Enfermería Quirúrgica I, Importancia de los Registros en Enfermería; Editorial MEDWAVE. México, 2004.
68. Mariobo, D. Calidad de la hoja de registros de enfermería en el Servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología. Tesis postgrado, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz-Bolivia, 2008. Disponible en:  
<http://www.bibliotecadigitalL.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/1215/1/TPG650PDF>.
69. Chaparro, L. Registros del Profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, 2003. Rev. Actual Enfermería. 6(4), 16-21.
70. García, E. Monitorización y Evaluación de las actividades de la calidad. La calidad aplicada a los cuidados de Enfermería. Cádiz: Edit. Colegio Oficial de Diplomado de Enfermería, 2003.

# ANEXOS

**ANEXO 1**

**VARIABLE DE ESTUDIO:**

**INDEPENDIENTE:** Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica.

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ÍNDICE
<p><b>Calidad de los registros de Enfermería en la historia clínica.</b></p> <p>Es la excelencia del llenado de los registros del conjunto de actividades que realiza el profesional de Enfermería.</p>	<p><b>HOJA GRÁFICA</b></p>	<p>Registra nombres y apellidos. Registra la edad. Registra el sexo. Registra el número de historia clínica. Registra el número de cama. Registra el servicio. Registra la hora de ingreso. Registra las fechas de hospitalización del paciente (día, mes y año). Registra con rojo los días postquirúrgicos. Grafica el pulso con líneas de unión entre los puntos (con rojo) en cada turno. Grafica la temperatura con línea de unión entre los puntos (con azul), en cada turno. Grafica la frecuencia respiratoria con línea de unión entre los puntos (con verde), en cada turno. Grafica la presión arterial en las celdas correspondientes a "M", "T" y "N" (con negro). Registra el peso. Registra sin borrones o enmendaduras. Están escritas con letra legible.</p>	<p>Si No</p>	<p>1 0</p>
	<p><b>HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA</b></p>	<p>Registra nombres y apellidos. Registra la edad del paciente. Registra el sexo del paciente. Registra el número de historia clínica. Registra el número de cama. Registra el servicio. Fecha (al inicio; incluye año, mes y día). Turno (mañana, tarde y noche). Datos subjetivos (síntomas del paciente). Datos objetivos (signos en el paciente). Diagnósticos de enfermería. Registra los objetivos y/o resultados esperados. Registra las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería. Hora de la intervención. Registra tratamiento aplicado (medicamento, hora, vía y dosis). Registra el balance hídrico (ingresos y egresos). Registra el control de signos vitales (T°, FC, FR y PA). Registra la evaluación de las intervenciones. Están escritas con letra legible. Están escritas sin errores ortográficos. Color de la tinta es de acuerdo al turno (azul en las mañanas y tardes y rojo en la noche). Registra sin borrones o enmendaduras. Registra sin dejar espacios en blanco. Registra nombres y apellidos. Firma de la enfermera. Número de colegiatura. Sello de la enfermera. Registra dos a tres notas en 24 horas.</p>	<p>Si No</p>	<p>1 0</p>
	<p><b>HOJA DE BALANCE HÍDRICO</b></p>	<p>Registra nombres y apellidos. Registra la edad. Registra el sexo. Registra el número de historia clínica. Registra el número de cama. Registra la fecha. Registra los líquidos ingeridos por vía oral en cada turno. Registra el ingreso de líquidos por vía parenteral en cada turno. Registra la cantidad de medicamentos administrados. Registra el cálculo de agua de oxidación.</p>	<p>Si No</p>	<p>1 0</p>

Van...

...viene

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ÍNDICE
		Registra el total de los ingresos. Registra la cantidad de orina. Succión: Registra la cantidad succionada por vía nasogástrica u oro gástrica. Drenaje: Registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros. Vómitos: Registra los líquidos eliminados por vómitos. Heces: Registra la pérdida de líquidos de las heces. Pérdidas insensibles: Registra el resultado del cálculo de las pérdidas insensibles. Registra el total de los egresos. Registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo o negativo) con rojo. Registra el peso del paciente. Registra sin borrones o enmendaduras. Están escritas con letra legible.	Si No	1 0
	<b>KARDEX DE ENFERMERÍA</b>	Registra nombres y apellidos. Registra la edad. Registra el sexo. Registra el número de historia clínica. Registra el número de cama. Registra el peso. Registra la fecha de ingreso. Registra la hora de ingreso. Registra el diagnóstico médico. Registra el tipo de dieta del paciente con rojo. Registra las fechas: día, mes y año del tratamiento médico. Registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, vía; de acuerdo a la prescripción médica. Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración. Registra las horas diarias según frecuencia de programación del medicamento. Chequean con un aspa en el horario que se administró el medicamento. Registra como suspendido en la fecha en que se discontinuo el tratamiento médico. Registra procedimientos de enfermería y/o exámenes solicitados. Registra sin borrones o enmendaduras. Están escritas con letra legible.	Si No	1 0

**ANEXO 2**

**FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA SOBRE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**

**Nº DE HISTORIA CLÍNICA:**.....

**FECHA:**.....

**Nº DE FICHA:**.....

Nº ITEM	INDICADORES A EVALUAR	SI	NO
<b>HOJA GRÁFICA</b>			
Ítem 1	Registra nombres y apellidos		
Ítem 2	Registra la edad		
Ítem 3	Registra el sexo		
Ítem 4	Registra el número de historia clínica		
Ítem 5	Registra el número de cama		
Ítem 6	Registra el servicio		
Ítem 7	Registra la hora de ingreso.		
Ítem 8	Registra las fechas de hospitalización del paciente (día, mes y año)		
Ítem 9	Registra con rojo los días postquirúrgicos		
Ítem 10	Grafica el pulso con líneas de unión entre los puntos (con rojo) en cada turno		
Ítem 11	Grafica la temperatura con línea de unión entre los puntos (con azul), en cada turno		
Ítem 12	Grafica la frecuencia respiratoria con línea de unión entre los puntos (con verde), en cada turno		
Ítem 13	Grafica la presión arterial en las celdas correspondientes a "M", "T" y "N" (con negro)		
Ítem 14	Registra el peso		
Ítem 15	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 16	Están escritas con letra legible		
<b>HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA</b>			
Ítem 17	Registra nombres y apellidos		
Ítem 18	Registra la edad del paciente		
Ítem 19	Registra el sexo del paciente		
Ítem 20	Registra el número de historia clínica		
Ítem 21	Registra el número de cama		
Ítem 22	Registra el servicio		
Ítem 23	Fecha (al inicio; incluye año, mes y día)		
Ítem 24	Turno (mañana, tarde y noche)		
Ítem 25	Datos subjetivos (síntomas del paciente)		

Van...

...viene

Nº ITEM	INDICADORES A EVALUAR	SI	NO
Ítem 26	Datos objetivos (signos en el paciente)		
Ítem 27	Diagnósticos de enfermería		
Ítem 28	Registra los objetivos y/o resultados esperados		
Ítem 29	Registra las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería		
Ítem 30	Hora de la intervención		
Ítem 31	Registra tratamiento aplicado (medicamento, hora, vía y dosis)		
Ítem 32	Registra el balance hídrico (ingresos y egresos)		
Ítem 33	Registra el control de signos vitales (Tº, FC, FR y PA)		
Ítem 34	Registra la evaluación de las intervenciones		
Ítem 35	Están escritas con letra legible		
Ítem 36	Están escritas sin errores ortográficos		
Ítem 37	Color de la tinta es de acuerdo al turno (azul en las mañanas y tardes y rojo en la noche)		
Ítem 38	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 39	Registra sin dejar espacios en blanco		
Ítem 40	Registra nombres y apellidos		
Ítem 41	Firma de la enfermera		
Ítem 42	Número de colegiatura		
Ítem 43	Sello de la enfermera		
Ítem 44	Registra dos a tres notas en 24 horas		
<b>HOJA DE BALANCE HÍDRICO</b>			
Ítem 45	Registra nombres y apellidos		
Ítem 46	Registra la edad		
Ítem 47	Registra el sexo		
Ítem 48	Registra el número de historia clínica		
Ítem 49	Registra el número de cama		
Ítem 50	Registra la fecha		
Ítem 51	Registra los líquidos ingeridos por vía oral en cada turno		
Ítem 52	Registra el ingreso de líquidos por vía parenteral en cada turno		
Ítem 53	Registra la cantidad de medicamentos administrados		
Ítem 54	Registra el cálculo de agua de oxidación		
Ítem 55	Registra el total de los ingresos		
Ítem 56	Registra la cantidad de orina		
Ítem 57	Succión: Registra la cantidad succionada por vía nasogástrica u oro gástrica		
Ítem 58	Drenaje: Registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros.		
ítem 59	Vómitos: Registra los líquidos eliminados por vómitos		
Ítem 60	Heces: Registra la pérdida de líquidos de las heces		

Van...

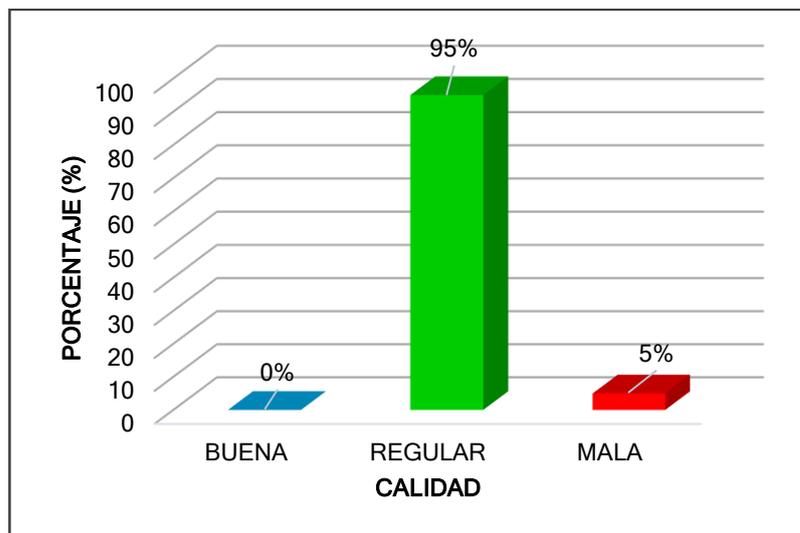
...viene

Nº ITEM	INDICADORES A EVALUAR	SI	NO
Ítem 61	Pérdidas insensibles: Registra el resultado del cálculo de las pérdidas insensibles		
Ítem 62	Registra el total de los egresos		
Ítem 63	Registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo o negativo) con rojo		
Ítem 64	Registra el peso del paciente		
Ítem 65	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 66	Están escritas con letra legible		
<b>KARDEX DE ENFERMERÍA</b>			
Ítem 67	Registra nombres y apellidos		
Ítem 68	Registra la edad		
Ítem 69	Registra el sexo		
Ítem 70	Registra el número de historia clínica		
Ítem 71	Registra el número de cama		
Ítem 72	Registra el peso		
Ítem 73	Registra la fecha de ingreso		
Ítem 74	Registra la hora de ingreso		
Ítem 75	Registra el diagnóstico médico		
Ítem 76	Registra el tipo de dieta del paciente con rojo		
Ítem 77	Registra las fechas: día, mes y año del tratamiento médico		
Ítem 78	Registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, vía; de acuerdo a la prescripción médica. Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración		
Ítem 79	Registra las horas diarias según frecuencia de programación del medicamento		
Ítem 80	Chequean con un aspa en el horario que se administró el medicamento.		
Ítem 81	Registra como suspendido en la fecha en que se discontinuó el tratamiento médico		
Ítem 82	Registra procedimientos de enfermería y/o exámenes solicitados		
Ítem 83	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 84	Están escritas con letra legible		

**ANEXO 3**

**GRAFICO 1**

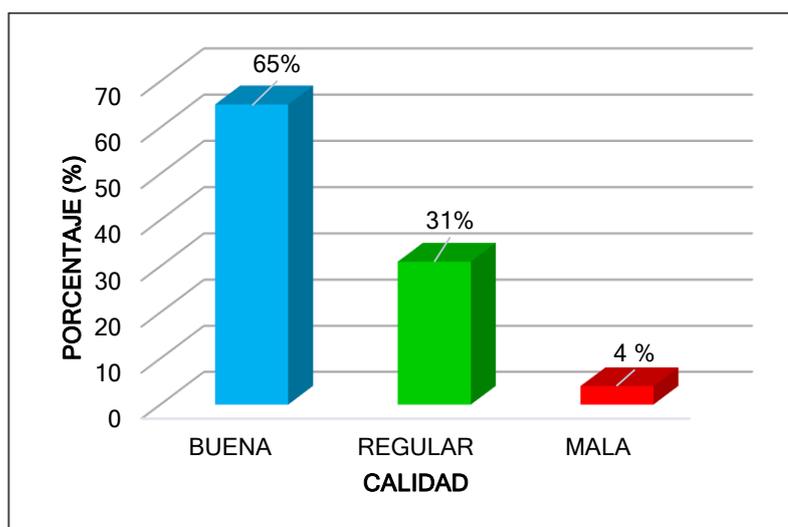
**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO, 2016**



Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

**GRAFICO 2**

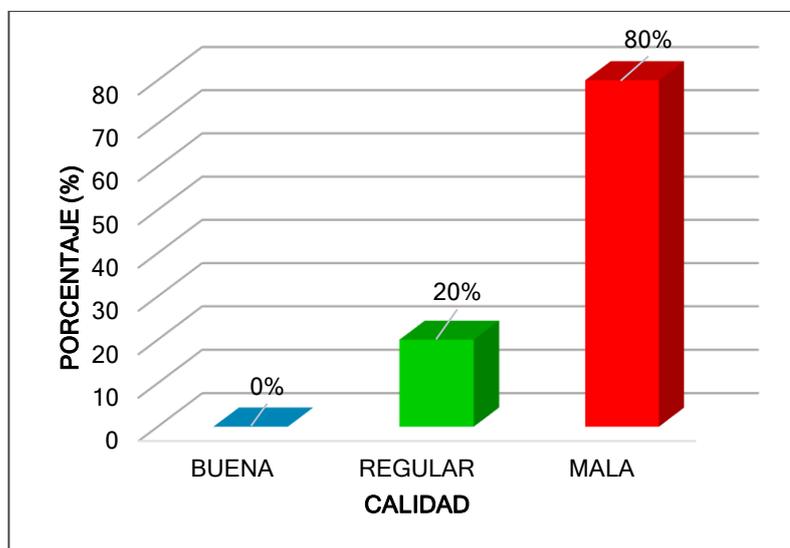
**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO, 2016**



Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

**GRAFICO 3**

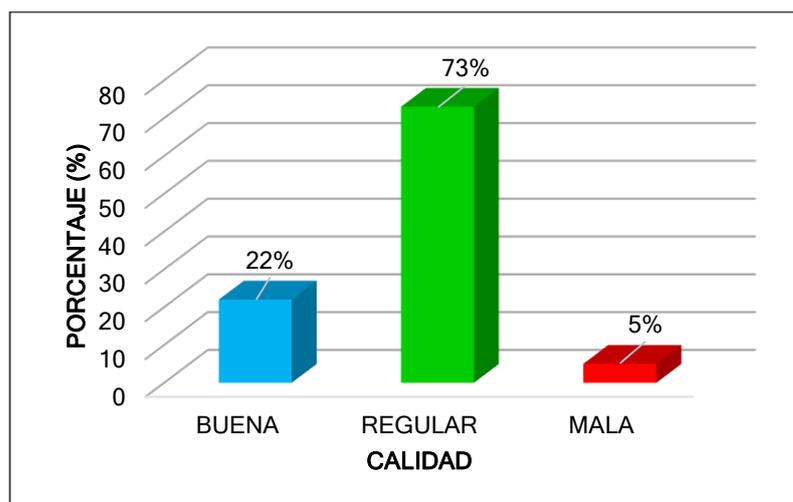
**CALIDAD DEL REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO, 2016**



Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

**GRAFICO 4**

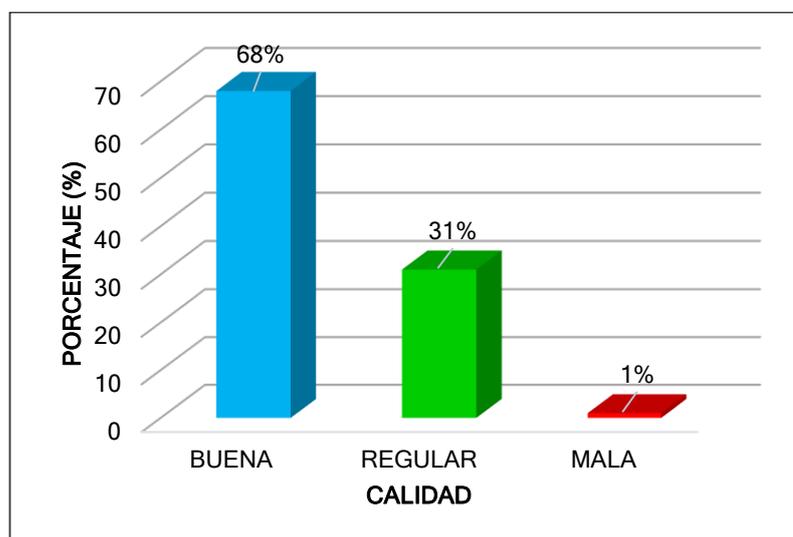
**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO, 2016**



Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

**GRAFICO 5**

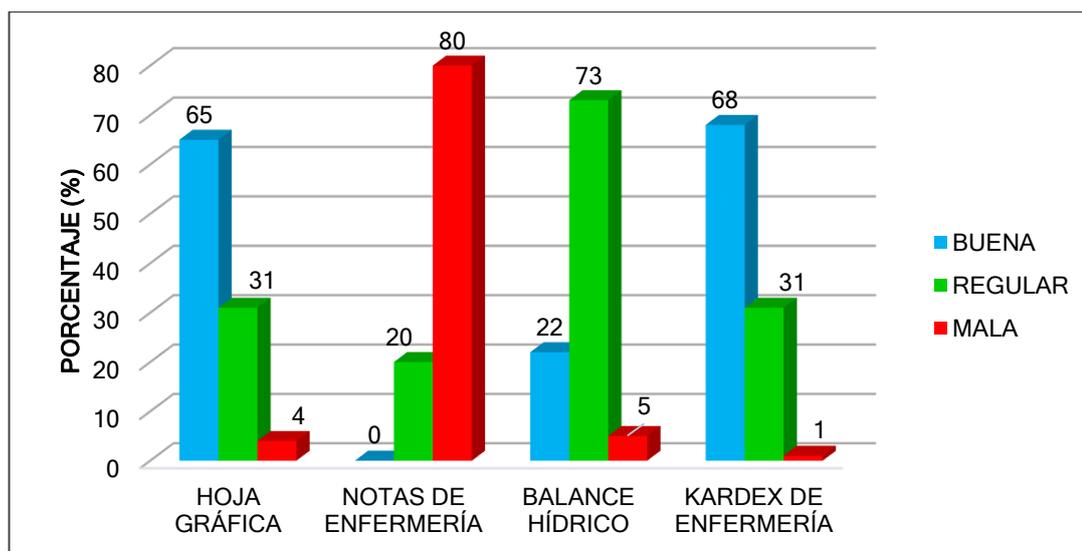
**CALIDAD DEL REGISTRO DEL KARDEX DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**



Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

**GRAFICO 6**

**COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016**



Fuente: Ficha de revisión documentaria sobre los registros de enfermería.

**ANEXO 4**

**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**

**AREA DE ADMISIÓN: REALIZANDO LA BÚSQUEDA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL H.R.M.N.B**



**REALIZANDO LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS**

