



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TÍTULO
**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA**

ESTUDIANTE:

QUISPE MENDOZA, MARILYN CRISTINA

ASESOR(ES):

ASESORA: MG. CALLE JACINTO DE GUILLÉN, DIANA ELIZABETH

LIMA-PERÚ

2020

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mi camino, darme las fuerzas para seguir adelante y salir airosa de las adversidades y permitirme culminar mi especialidad.

A mis padres y mis hermanas por brindarme lecciones de vida con esfuerzo, trabajo y constancia.

Marilyn Cristina Quispe Mendoza

AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por formarnos con rigurosidad y brindarnos las facilidades para investigar.
- A la Mg. Diana Elizabeth Calle Jacinto, por su apoyo en el proceso de investigación y en el desarrollo del mismo.
- A todas las personas que de manera directa o indirecta contribuyeron e hicieron posible la realización de este trabajo académico.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo académico será autofinanciado por la investigadora.

DECLARACIÓN DE AUTOR

Yo, MARILYN CRISTINA QUISPE MENDOZA, de la Facultad de Enfermería de la especialidad de emergencias y desastres de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

DECLARO:

Que soy autora del trabajo titulado “CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA”, pertenece a la licenciada QUISPE MENDOZA MARILYN CRISTINA.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad de la autora, sin comprometer a la institución.

Lic. Marilyn Cristina Quispe Mendoza

RESUMEN

Los registros de enfermería son documentos elementales y son la evidencia escrita en la historia clínica que brinda el profesional de enfermería ya que permite la continuidad de los cuidados de enfermería, es una fuente de comunicación entre los profesionales de la salud, y es de carácter legal. La falta de calidad de los registros tiene repercusiones y consecuencias negativas. Se debe asegurar seguir las normas establecidas para obtener registros óptimos para así lograr el fortalecimiento del profesional y asegurar un cuidado de calidad al paciente. Debido a la relevancia de este tema en enfermería se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica donde se ha plasmado una serie de información para guiar a los profesionales de enfermería realizar registros de calidad. **Objetivo:** determinar la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia. **Material y métodos:** estudio bibliográfico documental, descriptivo en 13 artículos referentes al tema de base de datos desde el año 2009 al 2017. **Conclusiones:** Los registros de enfermería son deficientes en calidad, los estudios evidencian altos porcentajes de falta de cumplimiento con los estándares básicos, insuficientes conocimientos para el uso de NANDA, NIC Y NOC, falta de coherencia entre las anotaciones y el estado de salud del paciente. Esta situación se convierte en un problema alarmante ya que los registros son de carácter científico y son la base del proceso de atención de cuidado. Los registros se miden a través de dos dimensiones principales estructura y contenido y son usados frecuentemente en auditorías en las instituciones de salud.

Palabras claves: registros de enfermería, control de calidad

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO.....	5
II. CUERPO.....	16
III. CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

I. INTRODUCCIÓN

Las anotaciones de enfermería son registros del estado físico, mental y emocional de la persona, familia y comunidad, así como de la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos. Está estructurado según las normas establecidas con las siglas SOAPIE(1). Es una herramienta esencial, refleja el trabajo realizado del profesional de enfermería, contiene un conjunto de información y es un referente para el equipo de salud, constituyendo un documento de valor administrativo y legal(2).

La frecuencia de denuncias contra los profesionales de Enfermería va en aumento, las investigaciones iniciadas cuando existen sospechas de mala práctica o complicaciones de lesiones o muerte del paciente constituyen problemas legales. En este sentido, se debe concientizar en mejorar la calidad de las anotaciones de enfermería para no tener consecuencias negativas en un proceso judicial(3).

La Calidad de las notas de enfermería implica la optimización de intervenciones mediante el uso de recursos, la cual debe estar regida mediante normas técnicas, científicas y administrativas para lograr la satisfacción y la mejora continua de la calidad de vida del usuario. La calidad al ser un proceso continuo fortalece los servicios de atención disminuyendo riesgos y logrando mayor beneficio a la salud de los pacientes.

Para garantizar la calidad los registros, la American Nurses Association (ANA) en su publicación “Principios para la documentación de Enfermería” menciona que la documentación, donde incluye las anotaciones de enfermería, debe ser clara y precisa. Estos Principios de ANA, guía a las enfermeras en el proceso de documentación esenciales en toda institución de salud para garantizar su calidad(4).

La comunicación escrita es tan importante como la verbal, ya que si el trabajo que realiza la enfermera no es reflejado en la historia clínica, las intervenciones no tendrían prueba de que fueron realizadas. Así mismo, un punto muy importante para que las enfermeras realicen poca documentación es que tienen alta demanda de pacientes; invirtiendo más tiempo en realizar cuidados y como resultante tendrían poco tiempo para la elaboración de notas. Las notas de Enfermería se convierten en un material revisado constantemente por las auditorías, y si esta es ambigua o se reflejan intervenciones deficientes traerá consecuencias negativas para el paciente(5).

La documentación de Enfermería, menciona que no solo debe registrarse las actividades realizadas con el paciente sino que se debe poner hincapié en lo que registran los demás profesionales ya que de esa manera se logra la continuidad de cuidados. Así también, la documentación de enfermería es importante y elemental para la comunicación con otros profesionales y elemental para la toma de decisiones.

Parte importante de la historia clínica son los registros de enfermería, que describen estado actual del paciente, evolución y las respuestas de los cuidados brindados. Esta redacción debe ser precisa, ordenada ya que es la muestra de la evidencia del trabajo realizado. Así también, constituyen los documentos legales, por ello es necesario fortalecer su registro poniendo en práctica el Proceso de Atención de Enfermería. Cabe mencionar, el incremento de problemas legales a nivel de los profesionales de salud en que las enfermeras están involucradas(3).

En general, las investigaciones realizadas anteriormente reflejan que los registros de enfermería son elementales y deberían ser redactadas fidedignamente según la evolución del paciente, es elemental porque es un documento legal y que luego será de utilidad para las futuras decisiones al paciente. Por lo expuesto es necesario investigar **¿Cómo es la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia?**

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir la calidad de los Registros de Enfermería, según la dimensión estructura.
- Describir la calidad de los Registros de Enfermería, según la dimensión contenido.

JUSTIFICACIÓN:

El profesional de enfermería desarrolla funciones asistenciales, administrativas, docencia e investigación. En la función asistencial debe reflejar sus intervenciones en los registros de enfermería, los cuales constituyen un documento de carácter legal e importante para el seguimiento de los cuidados que se brinda; es decir, la ausencia del registro podría significar la no evidencia de los cuidados realizados al paciente.

La deficiencia de una valoración cefalocaudal exhaustiva y una incorrecta recolección de datos, trae como resultados diagnósticos de enfermería priorizados incorrectamente. Y, en un servicio de emergencia, el cual se caracteriza por ser un área donde se ejecutan intervenciones rápidas en situaciones de urgencia y emergencia se evidencian constantemente problemas legales debido a la falta de los registros de enfermería, aunado a la evidencia de estudios que reflejan una pobre información, falta de claridad y omisión de datos en estos registros.

Por lo mencionado anteriormente es necesario describir la calidad de los registros de enfermería para guiar a los profesionales de enfermería en su elaboración y que este trabajo sirva para realizar planes de mejora y educación continua con el equipo asistencial. Por último, la calidad de los registros de Enfermería beneficia a los pacientes con cuidado óptimos, continuos y permanentes.

MARCO TEÓRICO

Los registros de enfermería deben ser eficientes, eficaces, debe reflejar la información verídica del paciente y fundamentarse en el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para brindar cuidados en forma ordenada y sistematizada(6). Al aplicar el PAE logramos autonomía para enfermería y reconocimiento social pues las enfermeras han venido modificando su competencia y su desempeño gracias a los aportes científicos. Si se observa a través del tiempo y se retrocede a la segunda mitad del siglo XX, el cuidado que brinda enfermería empieza a obtener justificación teórica, desde el momento en que Florence Nightingale realizaba estudios y perfeccionaba las prácticas cotidianas.

Nightingale, gracias a sus conocimientos de historia y filosofía fundamenta su teoría Notas sobre Enfermería donde fundamenta las acciones de enfermería la cual recibe reconocimiento. La teoría sirve de guía en sus actividades y también abre a campo a la educación y a la investigación(7).

La dama de la lámpara, observadora sobre los hechos que acontecían, realizaba registros estadísticos sobre las condiciones para reducir la morbimortalidad. Estudió los conceptos del ambiente físico: ventilación temperatura, iluminación, higiene, dieta y ruido que pueden prevenir, detener o favorecer la salud de la personas. Así también, la observación es un elemento de mayor importancia para brindar cuidado de Enfermería y realizar los registros de enfermería(8).

Los registros de enfermería constituyen un conjunto de información clara, objetiva, utiliza el método científico, refleja la evolución del paciente, sirve de medio de comunicación y posee carácter legal y garantiza la continuidad de los cuidados(9). Asimismo, es una parte de los documentos de la historia clínica debido a ellos posee carácter legal, por ello es la importancia que los enfermeros de deben registrar con rigor científicos lo que refleja y los que se escribe. Cuando se menciona el carácter científico hacemos referencia al uso del Proceso de atención de enfermería, este proceso posee cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La redacción práctica y resumida del registro del PAE es lo que se denomina modelo SOAPIE, método sistemático para el registro e interpretación de las necesidades y problemas del usuario o paciente. Sus siglas corresponden:

La sigla S corresponde a los datos subjetivos, es decir todo lo que refiere el paciente. En la manifestación subjetiva también se incluye información provista por la familia utilizando comillas(10).

La sigla O, refiere a los datos objetivos, significa todo lo que podemos observar, hallazgos obtenidos a través de la entrevista. La sigla A, son las interpretaciones y análisis de los datos, identifica problemas reales o potenciales, se formula a través del diagnóstico NANDA. La sigla P es el plan de atención, donde se planifican las intervenciones. La sigla I, intervención o ejecución, y E, evaluación de los resultados esperados(11).

Cada una de las siglas del SOAPIE, debe contener un registro de calidad, ya que este documento servirá de comunicación para los profesionales, servirá para ofrecer un cuidado de calidad, y será un sistema de evaluación para las auditorías frecuentes durante el proceso de hospitalización del paciente.

Cuando se menciona el término calidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere “asegurar que el paciente reciba un conjunto de servicios adecuados para lograr la satisfacción del paciente”.

La calidad es una propiedad innata de cualquier cosa que se puede comparar con otra de misma categoría. Así también, es un conjunto de características que cumple una serie de requisitos. La calidad es dependiente de diversos factores. Según un enfoque sistémico comprende(12).

- Estructura, organización de la institución y el conjunto de características de las personas que lo conforman, recursos físicos y financieros. Asimismo, las normas de la institución, reglamentos, procedimientos los sistemas de información.
- Proceso, servicios de salud brindados y la forma en como es ejecutado. Es la aplicación de procedimientos.
- Resultados, respuesta lograda con a atención, el grado de satisfacción y mejoras de as personas, grupos, comunidades, población de la atención recibida.

Las dimensiones de la calidad son tres: aspectos técnicos, relaciones interpersonales establecidos entre proveedor y usuario y el entorno de la atención(13).

a) Dimensión técnico, aspectos científicos técnico de la atención, sus características son las siguientes.

- Efectividad, capacidad de lograr los resultados esperados en el estado de salud de la persona, grupo o población.
- Eficacia, cumplir los objetivos a través de la aplicación de las normas establecidas en un institución.
- Eficiencia, obtener resultados esperados con el uso apropiado de recursos.
- Continuidad, prestación de servicios sin interrupciones.
- Seguridad, prestación de servicios determinada por la estructura y procesos que busca beneficiar y disminuir los riesgos para la salud del cliente.
- Integralidad, brindar todas las atenciones que su caso requiera.

b) Dimensión humana, aspecto entre las personas, y tiene las siguientes características:

- Respeto, las opiniones, cultura, derechos del usuario.
- Información, completa, oportuna, con veracidad, con palabras entendibles para el usuario.
- Interés, en las necesidades, percepciones del cliente.
- Amabilidad, tratar cordialmente, ser empático durante la atención al usuario.
- Ética, según normas que dirigen nuestra sociedad y principios deontológicos que guían la profesional y trabajadores de la salud.

c) Dimensión del entorno, son los servicios que brinda y facilita la institución como la comodidad, orden, privacidad entre otros.

La calidad se ha convertido en un tema con una gran revolución en los tiempos actuales, que pretenden lograr la satisfacción del usuario o cliente. Por la importancia que se viene dando, las enfermeras al ser el personal de salud que pasa mayor tiempo en el cuidado del paciente se convierten en la parte fundamental en una institución de salud. Es fundamental, al precisar calidad conocer los aspectos legales y deontológicos de la profesión de enfermería(14).

El arte del cuidado es la clave del ejercicio profesional de la enfermera y se fundamenta en teorías así como en los conocimientos de diferentes ciencias y se produce en una relación entre el profesional y el individuo en sus distintas etapas de vida.

En enfermería, al realizar el cuidado se brinda un proceso dinámico, identifica las necesidades y se decide planificar el plan de cuidados para posteriormente ejecutarlo con la finalidad de promover, prevenir, tratar y rehabilitar. Estas acciones que realiza el profesional crean un contexto de autonomía y se consolida con una identidad propia. Por ello, las intervenciones que realice el profesional debe estar evidenciado en la historia clínica.

La historia clínica que contienen los registros de enfermería debe estar completos, ya que es un documento que mide la calidad y provee información para futuras investigaciones. Evidencian la situación actual del paciente, comprueba si los cuidados fueron realizados ya que se convierte en la evidencia de la asistencia realizada por el profesional de enfermería.

Así, la calidad de las anotaciones de Enfermería consiste en describir particularidades o atributos que debe presentar el registro de Enfermería, respecto a la atención y cuidados brindados a un paciente, durante las veinticuatro horas. Se evalúan mediante el análisis de dos dimensiones: estructura y contenido(15).

En la dimensión estructura se mencionan lo siguiente(16):

- Significancia, describir datos significativos del paciente y registrarlos. Actualmente se evidencia en las historias clínicas que datos que deberían ser colocados en la historia se omiten como la alergia de pacientes, antecedente patológico entre otros, tratamiento farmacológicos que toman os pacientes antes de ingreso al hospital entre otros. Los datos son elementales para dar continuidad a los cuidados realizados.
- Precisión, los hechos deben ser registrados según continuidad de los procedimientos realizados y siguiendo una secuencia lógica, cada nota realizada será registrada en el horario, y cuando finalice el turno la nota será cerrada con el sello y la firma correspondiente. No se debe adelantar notas.
- Claridad, los registros deben ser claros, comprensibles, letra legible, evitar ambigüedades, no realizar borrones ni usar correctores. La forma correcta de corregir es trazar una línea y escribir error en la parte de arriba.
- Concisión, las notas deben ser resumidas, no escribir datos no significativos. Se debe colocar fecha y hora.
- Continuidad, debe tener un orden según etapas del proceso de atención de enfermería, valoración, diagnóstico, planificación, intervenciones y evaluación.

En la etapa de evaluación registrar como queda el paciente, los exámenes o procedimientos que tienen pendientes, o algún trámite pendiente a realizar.

En la dimensión contenido(17), la primera etapa, es la Valoración, recolección de datos a través de la observación, entrevista y el examen cefalocaudal basado en la inspección, auscultación, percusión, palpación que refleja información del paciente sobre el estado clínico del paciente, también se extrae información de las historias clínicas, exámenes realizados en otras instituciones de salud, informes de procedimientos como ecografía , tomografías entre otros.

La segunda etapa, es el Diagnóstico, segunda etapa del proceso de atención enfermería, identifica problemas reales y potenciales de salud de la persona, familia o comunidad, es el resultado del análisis de la recogida de datos.

La tercera etapa, planificación, donde se planifican las intervenciones con sus respectivos cuidados para ser brindados al paciente. Se elaboran objetivos, metas, se priorizan los cuidados de acuerdo a la situación clínica del paciente.

La cuarta etapa, la Ejecución, son las intervenciones de enfermería que serán brindadas al paciente donde interviene todo el equipo multidisciplinario.

La última etapa, la evaluación, donde se evalúan las intervenciones ejecutadas al paciente en base a los objetivos y culmina con el sello y firma del profesional en Enfermería.

El control de calidad según la norma técnica de auditoría en salud del MINSA de los registros de enfermería refiere lo siguiente(18):

- Escribir con lapicero azul si es guardia diurna y rojo si es guardia nocturna, con letra legible y guardar pulcritud en el documento.

- En la redacción no se deben cometer falta de ortografía, se deben usar abreviaturas estandarizadas.
- Cuando se registre las horas de la atención, AM o PM
- Registrar las anotaciones según el proceso de atención de enfermería. Registrar el tratamiento indicado, ocurrencia de eventos adversos. Terminar con el sello de la enfermera de turno.

El modelo SOAPIE es el resumen sistemático del Proceso de atención de enfermería(19). Se plasma de la siguiente manera:

- Valoración: siglas S y O
- Diagnóstico: siglas A
- Planificación: sigla P
- Ejecución: sigla I
- Valoración: Sigla E

Los estándares básicos para obtener calidad en los registros, con respecto al registro de la medicación, cuando se administre la mediación colocar en la historia clínica fecha y hora, si la letra del médico no está clara coordinar y que lo corrija en la historia clínica pues la indicación tiene que evidenciarse en dicho documento. Así también, el lenguaje no debe ser negativo hacia el paciente, evitar tildaciones despectivas e insultos. Las manifestaciones subjetivas deben ir entre comillas(20).

Se debe expresar las observaciones en términos cuantificables y a la hora que se está manifestando, al describir el sangrado de un paciente postoperado lo incorrecto

sería escribir se observa gasas manchadas, lo correcto será, a las 10:00am presenta gasas manchadas de aproximadamente 7cm de diámetro de manera uniforme y aspecto hemático. Se debe anotar todo lo que se observa ya que podría indicar valoración deficiente.

Los registros deben ser con la letra imprenta, solo se deben usar abreviaturas estandarizadas para evitar ambigüedades. No se debe dejar espacios en blanco, ya que cualquier otro persona podría aumentar registros ajenos, tampoco se debe escribir entre líneas.

Los registros no deben ser inexactos, como las siguientes premisas “paciente ha descansado bien toda la noche” “paciente queda en observación”. Ese error es muy frecuente en la sigla E (evaluación), lo correcto sería paciente queda en su unidad hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, no sangrado activo durante la noche y se debe agregar lo que queda pendiente en el paciente, interconsultas, procedimientos, entre otros. No olvidarse al finalizar el registro la firma y el sello del profesional.

En el Perú, se aplica el modelo SOAPIE para la realización del registro de notas de enfermería. Para un mejor entendimiento se presenta un modelo de registro de enfermería basado en este modelo.

MODELO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA SEGÚN NORMA TÉCNICA MINSA

Fecha:

Hora:

- **S** Paciente refiere "me duele cuando toso"
- **O** Paciente de 09 años de sexo masculino procedente de ancash con diagnostico medico de quemadura de II y III grado 25%.Post operado de 7 días de escarectomia + Xenoinjerto: Se le observa en su unidad despierto, en posicion semifowler. Al examen físico vendajes limpios en cabeza, palidez en fascies, afebril ventilando espontaneamente, labios y mucosas secas, miembros superiores y tórax con vendajes no hemáticos. A la auscultación movilización de secreciones en ACP, presencia de RHA (+) mmii sin lesiones. Vía periférica permeable en mmii izquierdo pasando ClNa 800cc a 5ml/h. Funciones vitales T: 37°C FC: 105 X' Fr: 22x' PA: 90/60mmHg Sat O2: 98%
- **A** Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acumulo de secreciones e/p tos inefectiva
- **P** Permeabilizar vías aéreas
- **I** Manejo de las vías aéreas, colocar el paciente en posición semifowler. Se realiza aspiración de secreciones c/2h., se educa al paciente a toser de manera efectiva Administración de medicamento salbutamol 2puff.
Se efectivizan interconsulta a cirugía general.
- **E** El paciente queda en su unidad hemodinámicamente estable ventilando espontaneamente. aún moviliza secreciones. Sat.96%.No se evidencia

sangrado activo. Queda pendiente interconsulta para cirugía plástica para curaciones diarias.

Firma y sello

Profesional de Enfermería

II. CUERPO

El desarrollo de la calidad de los registros de enfermería es el eje de fuente de información e intercambio del mismo referido a la atención del paciente y asegurar la continuidad de los cuidados.

Con respecto a ello, en diversas investigaciones han construido diferentes instrumentos para medir la calidad de los registros de enfermería. Es importante mencionar que los aspectos teóricos científicos es la columna vertebral para la construcción de los registros los cuales forman parte elemental de la historia clínica(21).

La evidencia internacional refleja falencias en la calidad de los registros de enfermería en su dimensión de contenido y estructura. En la dimensión contenido no existen coherencias en lo plasmado, no aplican el método científico pues omiten la parte subjetiva del paciente lo cual forma parte de la valoración, en cuanto a la dimensión estructura se evidencia letra ilegible, falta de presión y continuidad de los cuidados entre otros.

En la evaluación de las notas de enfermería en los registros clínicos, en el hospital nacional de Mazatenango de Guatemala. Las redacciones mostraron deficiencias ya que el 38% no evidenciaban precisión, se observaron letra no legible y falta de claridad, carencia de lógica y falta de secuencia en los cuidados realizados. El criterio de contenido, no registran los tratamientos y medicamentos administrados durante el turno, el 17% de las notas no registran la manifestación subjetiva del

paciente, solo el 55% de las notas registran como queda el paciente al terminar el turno(22).

A comparación con el hospital de Guatemala, la calidad de los registros de enfermería en las historias clínicas del hospital Abel Gilbert de Ecuador muestra un mayor porcentaje de incumplimiento, el 70% no acata las normas establecidas y se evidencian redacción incomprensible e incoherente. Lo más alarmante el 0% de profesionales de Enfermería no aplica el NANDA, NIC, NOC. La calidad en esta evaluación no llegó ni al 20% de calidad. La probable causa que refieren las enfermeras para esta situación es tener alta carga laboral(23).

La evaluación de la calidad del registro de enfermería realizada a 105 historias clínicas en una institución privada de México, es diferente a la realizada en los nosocomios de Guatemala y Ecuador, pues este se evalúa a través de 6 indicadores con un total de 47 ítems. Los resultados mostraron que en más del 30% hubo falta de cumplimiento por la omisión de registro a la hora de realizar el cuidado de enfermería, falta de datos generales del paciente, falta de énfasis en la valoración entre otros. Un punto muy importante que se debería mencionar es que en uno de sus ítems de calidad corresponde a la educación al paciente y a la familia. Si analizamos las diversas investigaciones esta intervención no lo consideran importante. Así también, en su último indicador, se pone énfasis en que se deberían registrar las respuestas del paciente frente al cuidado brindado por el profesional de enfermería(24).

Las características de los registros de las historias clínicas del nosocomio Círculo Católico en Uruguay, demuestra varias falencias en lo siguiente, falta de color de lapicero establecidos según el turno, rojo para la noche y azul para el día, ausencia de diagnósticos de enfermería según NANDA entre otros. En relación con el estudio realizado en México muestra coincidencias con respecto a la sigla E evaluación ya que este estudio refleja que un 90% de los profesionales de enfermería no registran correctamente este aspecto. Cabe mencionar, que es alarmante que al realizarse las revisiones de estos registros un alto porcentaje evidenció errores ortográficos lo que muestra un registro de rutina y poco interés por parte del profesional(25).

Por otro lado, datos significativos en un análisis de 156 registros de enfermería en México se evidenció que el 40% no cumplen con los rubros de identificación y un 62% no encontró el sello respectivo y la firma del profesional estos datos fueron encontrados en el servicio de cirugía general y medicina. Entre los datos de identificación faltaba el nombre correcto del paciente, el sexo, edad, número de cama, ausencia del diagnóstico médico. En los balances hídricos no se evidenció los ingresos totales del paciente ni datos importantes como el episodio del vómito, los drenajes del paciente. Los estudios de laboratorio también son importantes registrarlos, en la experiencia laboral de la autora siempre el personal médico entrante realiza interrogantes sobre la toma de pruebas y la enfermera al brindar cuidados permanentes es el responsable de saber todos los procedimientos que le realizaron al paciente, todo esto tiene que estar escrito en la historia clínica(26).

Otro dato muy importante en este estudio de la ciudad de México es que en la SIGLA O del SOAPIE, no se sigue la secuencia lógica de una valoración cefalocaudal, esta debería comenzar de las regiones superiores a las inferiores reflejando debilidad en la dimensión contenido y esto trajo como resultado un 65% de calidad entre regular y mala.

La evidencia nacional no es ajena a estos resultados pues muestra también altos porcentajes de mala calidad en los registros de enfermería. El término calidad muestra varios significados según la perspectiva a quien se refiera, pero la bibliografía coincide en que para lograrla se debe satisfacer las necesidades del paciente.

En los servicios de emergencias, la calidad de las notas de enfermería son deficientes y muchos nosocomios no cuentan con un instrumento para la correcta recolección de datos. El área de emergencia al ser un área crítica demandan una atención inmediata debido a ello los registros de enfermería tienen que redactarse conforme se realicen los cuidados. Es así que su calidad se ve influenciada por diversos factores, los estudios refieren déficit de personal, alta carga laboral, falta de actualización en los contenidos NANDA entre otros.

La calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación en un Instituto de Salud, reflejaron que no se realiza el proceso científico es decir no se aplica el PAE y SOAPIE, no existe información suficiente del paciente. Asimismo,

se realizan registros antes de realizar los procedimientos al paciente, cerrando las notas antes de finalizar el turno justificándose por el exceso de la carga laboral(27).

Similar a este resultado, obtuvo la calidad de registros en un servicio de pediatría de un hospital en Cusco, donde existió la misma falencia en la dimensión contenido evidenciándose solo el 10% buena calidad, lo que indica que la enfermera tiene deficiencias al registrar según el proceso de atención de enfermería(28).

Así también, los registros de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no cumple con la calidad establecida en la norma técnica de auditoría en salud, el personal de enfermería posee en nivel de conocimiento bueno en sus intervenciones pero no se ve reflejada en las notas realizadas. Cabe mencionar que este servicio, no cuenta con un instrumento estandarizado para realizar la correcta valoración.

Asimismo, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas se encuentra que la calidad de las notas de Enfermería del , presentan el 20% mala calidad en cuanto a la dimensión estructura y más del 90% de las notas de enfermería tienen mala calidad en cuanto a la dimensión contenido (PAE). Nuevamente con este dato se evidencia que las enfermeras no siguen el proceso científico (Proceso de Atención de Enfermería), por ello hay un alto porcentaje en esta última dimensión. Esta investigación coincide con el realizado en el hospital de Cusco(3).

Los datos mencionados anteriormente son semejantes a los realizados en Almenara Essalud, cabe recalcar que este estudio solo evaluó la dimensión contenido donde se encontraron que los registros de enfermería no son significativos. Es preocupante este resultado que indica que la evaluación hecha por el profesional es escasa en cuanto su valoración, planificación, intervención y evaluación. Las falencias con altos porcentajes se obtuvieron en falta de registro de la escala de Glasgow, tratamiento farmacológico, el personal de enfermería no identifica necesidades del paciente como hidratación o cambios de posición. Se pone hincapié en que el paciente no solo necesita medicamentos para recuperarse sino también la satisfacción de todas sus necesidades. Este estudio también sugiere registrar los problemas del área emocional que atraviesa el paciente, recordar que el paciente es un ser holístico que puede desarrollar problemas de depresión, alteración de sueño, angustia, temores, fomentar un ambiente donde el paciente acepte y exprese sus sentimientos y acepte sus limitaciones logrando el cuidado integral dado por la enfermera(29).

Un área importante que se debe incluir en los registros de enfermería y que pocas investigaciones lo mencionan a excepción de este último, es el área social, ya que el paciente afronta el proceso de enfermedad refiriendo en diversas ocasiones la disminución de su expectativa de vida, o enfrentar la dependencia de otras personas. La familia lleva el proceso de enfermedad junto con su paciente y por ello se debe brindar cuidados que incluyan a ambos y así apoyarlos en su diversidad de emociones, orientarlos, y fortaleciéndolos. Por ello, este cuidado holístico debe encontrarse registrado en la historia clínica(29).

Si se compara los registros de enfermería en las dos entidades de salud MINSA Y ESSALUD, se refleja que en el hospital Gustavo Lanatta del MINSA, un 90% de registros clínicos se encuentran incompletas en la dimensión estructura mientras que en el Hospital Héroes del Cenepa Essalud el 94% se hallan incompletas en la misma dimensión. En la dimensión contenido, Lanatta muestra que el 93.3% se encuentran incompletas, mientras que en el Cenepa se evidenció solo el 78%. Entonces al contrastar los resultados de estas dos instituciones en ambas se observan que más del 50% de sus historias clínicas presentan altos porcentajes de mala calidad con respecto a la dimensión estructura y contenido. Existe diferencia significativa en los porcentajes con respecto a la dimensión contenido la cual se debe probablemente a la diferencia de la demanda de los pacientes lo que puede conllevar a una sobrecarga laboral y con esto la inversión de poco tiempo para redactar los registros(30).

Si se busca una explicación fehaciente con respecto a los factores influyentes para obtener calidad en la redacción de los registros de enfermería, la investigación realizada en el servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren evidencia que la edad es el principal factor junto con el grado académico le sigue el tiempo de servicio y la condición laboral(31).Así también, los factores institucionales como el promedio de pacientes atendidos, este último dato coincide con los resultados mostrados en el estudio del hospital Minsa Lanatta y Cenepa de Essalud.

Las intervenciones registradas en diversos estudios, no se usan escalas estandarizadas como la de caídas y de las úlceras por presión. En la valoración del dolor no se registra la Escala Visual Analógica (EVA). Existe omisión del conteo de los días de la administración de antibióticos. Si el paciente tiene antecedentes de enfermedades endocrinas como Diabetes mellitus pues el registro de la glucemia es elemental, o si es adulto mayor las escala para riesgo de caídas se debe considerar en las anotaciones de enfermería(26).

Un error frecuente de los registros de enfermería es que no exista coherencia entre los diagnósticos NANDA priorizados con la valoración realizada al paciente, estos datos son similares a los realizados en el hospital Dos de Mayo donde las anotaciones no tenían relación con el estado de salud del paciente. La información de las notas de enfermería solo se basaba en controlar funciones vitales, administrar la terapéutica farmacológica es decir mostrar un cuidado rutinario dejando de lado aspectos importantes referidos por el paciente como el dolor. Es por ello que la información tiene que ser de calidad para que sirva de evidencia y dejar constancia de todos los cuidados brindados(32).

En un estudio sobre el conocimiento enfermero en la elaboración de registros de enfermería en historia clínica en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, el 61,3 % de los enfermeros desconoce la norma técnica y el 54,8% realiza los registros de enfermería durante la jornada laboral. Así pues, el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica del servicio de emergencia, es medio a bajo(33).

Actualmente, un registro inadecuado en el área de emergencia, sin estructura y contenido trabajando de manera individualizada sin tomar en cuenta las intervenciones de los otros profesionales lleva a una atención rutinaria, la debilidad en el cumplimiento de esta obligación puede defender o incriminar el ejercicio profesional de la enfermera(34).

Se ha mencionado en reiteradas ocasiones las implicancias legales de los registros de enfermería, hoy en día surge la interrogante, se protegen las enfermeras a través de la calidad en sus notas, un estudio realizado en Costa Rica refiere que si el producto contiene las siguientes reglas asegura la calidad y con ello conlleva a disminuir consecuencias legales entre las más importante se mencionan, no omitir ni dejar espacios en blanco ya que implica un descuido del enfermero, anotaciones completas incluyendo signos de peligro del paciente que puedan comprometer su vida y evaluación continua con letra legible sin borrones(35).

El análisis de todas estas investigaciones refleja la necesidad de articular los aspectos teóricos de los registros de enfermería desde la formación académica, para brindar herramientas metodológicas necesarias para ofrecer un cuidado de calidad no solo en el aspecto técnico sino en el científico.

La deficiencia en las anotaciones, las contradicciones en su contenido, poca legibilidad hace que los demás profesionales de salud tomen poca importancia a lo que registra la enfermera por la falta de confiabilidad. Cabe recalcar que también se debe poner importancia a la calidad de llenado de los formatos que acompañan a los registros de enfermería los cuales conforman la hoja de funciones vitales, kardex de enfermería, hoja de balance hídrico ya que son fuente de información para brindar continuidad de cuidados al paciente.

El profesional de enfermería tiene el deber de informar y redactar datos significativos en la historia clínica a través de sus registros, omitir esto es una falta a una nuestras responsabilidades que puede dar lugar a una mala práctica. Así también, es un compromiso de los profesionales de enfermería que reciban actualizaciones para fomentar el avance y el fortalecimiento de la profesión.

Es un desafío, integrar los aspectos científicos a la práctica a través del proceso de atención de enfermería, realizar investigaciones permanentes utilizando instrumentos propios que mejoren el proceso de la redacción para lograr y enriquecer la calidad de los registros de enfermería y asegurar un cuidado con óptimos resultados.

III. CONCLUSIONES

- Los registros de enfermería son deficientes en calidad, los estudios evidencian altos porcentajes de falta de cumplimiento con los estándares básicos según la norma técnica de auditoría del MINSA.
- Los registros se miden a través de dos dimensiones principales estructura y contenido.
- Se debe poner hincapié en el llenado de los formatos que acompañan a los registros de enfermería como es la hoja de funciones vitales, kardex, hoja de balance hídrico ya que son fuente de información relevante.
- En diversos estudios se evidencia la demanda de pacientes como la principal causa para no realizar registros de calidad.
- Los registros se deben realizar en tiempo real y no postergarlos al finalizar al turno, ya que este documento es el respaldo en caso de un problema legal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Condori E. Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en las enfermeras del Hospital Carlos Monge Medrano [Tesis de licenciatura]. [Juliaca]: Universidad Peruana Union; 2016.
2. Fernández S, Ruydiaz Gómez K, Universidad del Sinú, Del Toro Rubio M, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Salud Uninorte. 15 de mayo de 2016;32(2):337-45.
3. Quispe EC. Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [tesis de especialista]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
4. American Nurses Association. Principles for nursing documentation: guidance for registered nurses. 4.^a ed. EEUU, Silver Spring.: American Nurses Association, Nursesbooks; 2010.
5. Doncliff B. Improving the quality of nursing notes. 2015;21(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26403007>
6. Rios L. Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacocha [Tesis de licenciatura]. [Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martín; 2018.

7. Amaro M del C. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004;20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es
8. Núñez ER. Comprensión de la Enfermería desde la perspectiva de Florence Nightingale. Cienc Enferm [Internet]. 2011 [citado 27 de noviembre de 2019];17(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Laura YS. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del hospital regional Manuel Núñez Butrón [Tesis de licenciatura]. [Puno]: Universidad Nacional Del Altiplano; 2017.
10. Ochoa K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Evaluación de las anotaciones de enfermería con base en el proceso de enfermería. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2001;35(4). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>
11. Bravo AM. Nivel de conocimiento sobre modelo soapie y calidad de las anotaciones de enfermería- C.S.J.D de Arequipa [Tesis de licenciatura]. [Arequipa]: Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa; 2018.

12. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. 2008.
13. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México [Internet]. 1990;32(2). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/printerFriendly/5280/5425>
14. Suárez M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. Cienc E Innov En Salud [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 30 de noviembre de 2019];1(2). Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/59>
15. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Médica Chile. junio de 2011;139(6):807-13.
16. Manco AM. Características de las anotaciones de enfermería En el servicio de medicina del hospital Rezola Cañete [tesis de especialista]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
17. Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Red de Revistas Científicas de América Latina. 2010;17(5):18-23.
18. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud [Internet]. 1; 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3811.pdf>

19. Anglade C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados su elaboración en el hospital nacional «Dos de Mayo» [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
20. García S, Navío A. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería Basic rules to fill the nursing registers. Nure Investigación, [Internet]. 2007;28(8). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>
21. Torres M, Zárate RA, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enferm Univ [Internet]. 16 de abril de 2018 [citado 30 de noviembre de 2019];8(1). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/269>
22. Socop AM. Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, hospital nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala [Tesis de licenciatura]. [Quetzaltenango]: Universidad Rafael Landívar; 2014.
23. Tapia SJ, Guananga DC. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón [Tesis de licenciatura]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2012.

24. López C, Saavedra C. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]. 2015;6(1). Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/ArticuloREMSyS%20(2).pdf
25. Cancela A, Fontán V, Martins A, Piriz Y. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad [Tesis de licenciatura]. [Montevideo]: Universidad de la República; 2010.
26. Hernández EI, Reyes AKS, Garcia MA. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Enferm Inst Mex [Internet]. 26(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182b.pdf>
27. Mariobo D. Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación del Instituto Nacional de Oftalmología gestión 2007-2008 [Tesis de maestría]. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andres; 2009.
28. Velarde I, Yabar J. Calidad del registro de notas de enfermería en el servicio de pediatría del hospital Antonio Lorena [Tesis de licenciatura]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2018.
29. Fretel V. Evaluación de las Anotaciones de Enfermería durante los Años 2000-2002 en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara I [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.

30. Chávez E. Características de las notas de enfermería de los hospitales del distrito de Bagua [Tesis de licenciatura]. [Chachapoyas]: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2014.
31. Barreto E. Factores asociados al registro del proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren [tesis de especialista]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
32. Ancasí M. Coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio en el servicio de cirugía [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
33. Puse F. Conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica servicio de emergencia Hospital Regional Docente Las Mercedes [Tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Particular de Chiclayo; 2017.
34. Quevedo G. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia Hospital Regional Lambayeque [Tesis de maestría]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017.
35. Vargas C, Ruiz MA. Aspectos legales de las notas de enfermería. Colegio de enfermeros de Costa Rica [Internet]. 2006;25. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Aspectos%20legales%20de%20las%20notas%20de%20enfermer%C3%ADa%20-%20Binasss.pdf>