



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN LA UCI DE UNA
CLINICA DE NIVEL III-1, LIMA 2014**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

AUTORES:

LIC. AMES AVILA, CINTHYA PAMELA

LIC. HUAMANI FUENTES, ELIZABETH YACKELINE

LIC. VIENA FALCON, KATHERYN NOHELY

LIMA-PERU

2015

MG. LONCHARICH VERA NATALIE

ASESOR

INDICE

Introducción	1
Capítulo I Planteamiento del problema	3
1.1. Formulación del problema	6
1.2. Justificación	6
1.3. Viabilidad y factibilidad del estudio	7
Capítulo II Propósito y objetivos	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos	8
Capítulo III Marco Teórico	9
3.1 Antecedentes	9
3.2 Base teórica	11
Capítulo IV Material y Métodos	24
4.1 Diseño de estudio	24
4.2 Población	24
4.3 Operacionalización de variables	25
4.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos	25
4.5 Procesamiento y análisis de datos	27
Capítulo V Consideraciones éticas y administrativas	28
5.1 Principios éticos	28
5.2 Cronograma Gantt	29
5.3 Presupuesto	30
Referencias bibliográficas	31
Anexos	34

RESUMEN

Los registros de enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, respalda el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento del recurso humano. Con el objetivo de determinar la Calidad de los Registros de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario San Pablo, Clínica de nivel III-1, en el primer trimestre del año 2014 en relación a su estructura y contenido, se desarrollará un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo descriptivo y corte transversal retrospectivo. Durante la permanencia en la unidad de cuidados intensivos, se observa la falta de compromiso en la redacción de los registros de enfermería, obviando partes importantes, haciendo difícil la continuidad del trabajo y el cuidado de enfermería. La población estará conformada por los registros de enfermería tomadas de las historias clínicas de la unidad de cuidados intensivos de dicha clínica, la muestra integrada por 360 registros de enfermería seleccionadas por muestreo no probabilístico intencional o convencional según criterios de inclusión y exclusión. Como instrumento se hará uso de una lista de chequeo, conformado por 67 ítems divididos en estructura y contenido.

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

INTRODUCCION

El proyecto de investigación se desarrolla a partir del tema inicial “Calidad de los Cuidados de Enfermería” mencionado frecuentemente durante el quehacer profesional, se decide dirigir el estudio a los registros de enfermería con el título de “Calidad de los Registros de Enfermería en la UCI de una clínica de nivel III-1. Lima 2014”, la misma que tiene como objetivo determinar la calidad de estas en relación a su estructura y contenido durante el primer trimestre del año del Complejo Hospitalario San Pablo.

En los últimos años el país ha tenido un importante avance en la organización del sistema nacional de salud que ha involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios sanitarios. De ello se deduce que la calidad de atención es un requisito fundamental, orientado a brindar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar su sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadas que puede ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

La Historia Clínica es el documento médico legal por excelencia, donde se recoge la mayor parte de datos sanitarios de una persona y es de máxima importancia en el aspecto asistencial y administrativo y dentro de ella se encuentran los registros de enfermería que son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento del recurso humano.

El personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura con calidad y brindar atención con actitud proactiva, siendo parte importante de esto los registros de Enfermería, donde se identifican las necesidades totales de los pacientes, reconociendo que la calidad de cuidado tiene un valor tan importante como la recuperación y conservación de la salud.

El cuidado de enfermería es el conjunto de funciones fundamentados en la relación interpersonal y el dominio de lo técnico – científico, interviene en una forma importante en la prevención, asistencia y rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.

Basado en la gestión se define responsabilidad, como la obligación que la persona tiene que responder por las actividades que realiza su actividad profesional y su experiencia. La responsabilidad está relacionada con eficiencia y eficacia.

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e institucionales reguladoras.

Se realizará un estudio con enfoque cuantitativo con diseño no experimental de tipo descriptivo con corte transversal retrospectivo. La población estará conformada por los registros de enfermería tomadas de 72 historias clínicas de la unidad de cuidados intensivos del Complejo Hospitalario San Pablo, clínica de nivel III-1 durante los meses de enero, febrero y marzo del 2014. La muestra integrada por 360 registros de enfermería seleccionadas por muestreo no probabilístico intencional o convencional según criterios de inclusión y exclusión. El instrumento será validado con 8 a 10 expertos de personal de enfermería experta en el campo de cuidados intensivos para luego poder aplicarlo.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, en el Perú, el tema de calidad a adquirido importancia en las instituciones de salud, mundialmente uno de los principios de la política sectorial es la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en el que el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. (1)

La enfermería se ocupa de proteger, proporcionar y restablecer la salud, prevenir la enfermedad y aliviar el sufrimiento de los pacientes. (2)

El cuidado es el efecto de las acciones, habilidades, destrezas, interés, comunicación encaminadas a aliviar el sufrimiento, dar mejoría al enfermo, curar la enfermedad y conservar la salud. Una enfermera debe buscar la calidad del cuidado que se brinda a la persona en forma integral a través de la interacción enfermera - persona y no al cuidado de la enfermedad.

Los cuidados de la enfermera se ofrecen en forma permanente y/o continua permitiendo observar mejor la evolución del paciente y determinar a partir de ellos prioridades en la atención que se les brinda para promover y mantener la salud; dicha observación debe ser científica, comunicada y registrada oportunamente.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario San Pablo, Clínica de nivel III-1, es decir, un nosocomio de atención médica encaminada a restaurar y rehabilitar la salud, así mismo recibe referencias de otros niveles, es de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

La UCI es un área donde se encuentran pacientes críticamente enfermos caracterizados por presentar problemas de salud reales o potenciales que ponen en peligro su vida, requiere de un equipo calificado por médicos, enfermeras y técnicos quienes proporcionan un cuidado multidisciplinario integral. Las enfermeras que laboran en esta

unidad son especialistas y se encargan de la monitorización, vigilancia, administración terapéutica, soporte vital avanzado entre otros.

Los registros de enfermería en la UCI de dicha clínica se hacen a través de unas hojas grandes (hojas sabanas), en la primera cara se registran los datos personales del paciente, fecha de ingreso, número de historia clínica, peso, talla, monitorización de signos vitales y soporte ventilatorio por cada hora, balance hídrico, identificación de procedimientos invasivos que tiene el paciente, terapéutica y al revés de la hoja un check list con los patrones de respuesta humana y espacios en blanco para la elaboración de diagnósticos de enfermería, intervenciones, objetivos y evaluación planteados por la enfermera a cargo.

Los Registros de enfermería, son el sistema de comunicación hospitalaria con evidencia, ya que ahí queda plasmado todo el cuidado que se brinda a la persona.

Durante el desarrollo de las actividades diarias como enfermeras asistenciales en las instalaciones del servicio de ésta unidad se observa la deficiencia en la redacción de los registros de enfermería de manera continua, turno tras turno, obviando las características propias y esto se evidencia en la atención brindada al paciente, lo cual no favorece al bienestar y/o recuperación de éste.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E), el cual permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.(3)

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; el S.O.A.P.I.E. es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería P.A.E. incluye la recolección de datos subjetivos y objetivos, elaboración de

diagnósticos de enfermería, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos.

La enfermera en el ámbito hospitalario, se encamina al cuidado directo de los pacientes a cargo y conjuntamente a la realización del registro de enfermería que evidencia la aplicación del proceso, garantizando la continuidad del cuidado, sin embargo se encontraron deficiencias como la falta de precisión en la redacción de las necesidades del paciente, que pocas veces son halladas por la evaluación incompleta que se realiza. Frecuentemente la Valoración cefalocaudal queda incompleta, evaluando más la patología que al paciente, obviando así el que hacer de enfermería (el cuidado).

De igual manera, la continuidad del cuidado no llega al objetivo por la falta de registro, es decir, en un primer registro de enfermería se nota la secuencia según el SOAPIE, identificando en éste datos subjetivos y objetivos, ciertos diagnósticos de enfermería, planear intervenciones y objetivos para finalmente evaluarlos, pero en un segundo registro de enfermería del mismo paciente se omiten algunos diagnósticos, realiza otras acciones, si cumplen con algún objetivo no lo escriben, perdiendo así la continuidad de nuestro actuar, siendo una vez más el paciente el perjudicado.

Se aprecia que los registros de enfermería, siendo parte importante de la Historia Clínica, no son tomadas en cuenta por su falta de relevancia, omisión de procedimientos realizados, que muchas veces se hacen pero no son plasmados en los registros y como bien se dice: “Lo que no está escrito, no está hecho”(2) ,Así mismo esto puede traer repetición de procedimientos innecesarios, causando daños en el paciente que muchas veces pueden ser irreversibles, contribuyendo de esta manera a la evolución desfavorable del paciente.

Por otro lado una buena redacción de los registros de enfermería será el soporte ante cualquier procesos legal.

Conjuntamente debe reconocer que los registros son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua.

Por último se observa la falta de identificación del personal al final del registro de enfermería, encontramos registros sin sellos, con una simple firma, sin número de colegiatura ni nombre.

Como se puede percibir por lo descrito, la consecuencia más relevante de no tener un orden lógico y secuencial para el cuidado, es el perjuicio continuo que se causa al paciente, quienes depositan en nuestras manos con toda su confianza.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería de la UCI de una clínica de Nivel III-1, Lima 2014?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El cuidado de enfermería es un conjunto de funciones indispensables para la prevención recuperación y rehabilitación de la persona en el proceso de salud y enfermedad, razón por la cual es necesario que el personal de enfermería realice una adecuada valoración del estado del paciente para abordar los problemas reales y potenciales del individuo para eso se debe realizar un adecuado llenado de los registros de enfermería. (4)

Se observa el llenado de los registros de enfermería, en el Complejo Hospitalario San Pablo, la deficiencia en la redacción de manera continua, obviando características propias tanto en su estructura como contenido. Una valoración superficial del estado del paciente, repetición de las actividades sin hacer uso del trabajo continuado, lo cual se ve evidenciado en la atención brindada al paciente y no favorece al bienestar y/o recuperación de éste.

La realización del porque hacer el trabajo es saber la situación real del llenado de los registros de enfermería ya que se considera relevante para la atención continua oportuna y continuada indicando un cuidado de calidad pilar fundamental para la prestación de servicios sanitarios además de ser un instrumento fundamental para poder brindar asistencia y/o atención de calidad permitiendo planificar organizar y gestionar

actividades asistenciales y de esta manera se puede brindar una mejor atención y a su vez nos respalda en aspectos jurídicos legales .(5)

Según el marco de la Ley del Enfermero DL N°27669, la enfermera debe realizar los registros de enfermería en forma continua y oportuna, ya que constituye una fuente de datos para valorar y evaluar la calidad del cuidado de Enfermería que brinda en el marco de la calidad total y satisfacción del usuario, contribuyendo en la disminución de riesgos y complicaciones a que está expuesto (6)

1.3 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Esta investigación es factible y a la vez viable porque contamos con los recursos materiales, financieros y el tiempo que requiere la misma al igual que el acceso a las historias clínicas.

CAPITULO II

2. PROPOSITO

Identificar las deficiencias en los registros de enfermería, para que posteriormente puedan ser corregidas con cambios de actitudes y cumplimiento en la adecuada elaboración de registros de enfermería a través del desarrollo de estrategias con planes de trabajo continuo y así optimizar la atención brindada a través del cuidado organizado y continuo evidenciado en ellos, lo cual no solo será beneficio para la pronta recuperación del paciente sino que también nos ayudará a crecer como profesión y tener un buen respaldo legal frente a diversas situaciones.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de los registros de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Clínica de Nivel III-1. Lima 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Identificar la calidad de los registros de enfermería según su estructura
- Identificar la calidad de los registros de enfermería según su contenido.

CAPITULO III

3. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

En la tesis “Consecuencias Jurídico Penal y Patrimonial de la mal praxis en el Ejercicio Profesional de Enfermería” realizada en el año 2011, indica que la redacción de los registros de enfermería no evidencian el total cuidado que se brinda a los pacientes y la aplicación incompleta del Proceso de Atención de Enfermería, lo cual debería ser concreto para servir como un respaldo legal ante cualquier proceso. (7)

Según Quispe Aduvire C. dice que existe relación significativa entre el nivel de Aplicación del Proceso de Atención de enfermería y la Calidad de las Notas de Enfermería, es por ello que aporta elementos importantes que ayudará en la evaluación del proceso de atención enfermería con la aplicación del SOAPIE. (8)

En la investigación de Manco.A “Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete 2010” usa una lista de cotejo evidenciando que las características de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola son completas porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. En cuanto a su dimensión contenido es completa, Los aspectos relacionados están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización. Lo relacionado a su dimensión estructura son completas porque registra el número de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. Pero existe un porcentaje significativo donde podemos evidenciar datos importantes que no deben faltar dentro de las anotaciones de enfermería. (9)

En el trabajo de Dexi Freites en el año 2010 titulada “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 el diseño de estudio es no experimental el

estudio es de tipo descriptivo de campo la población está formada por 30 enfermeras, la recolección de datos fue muestreo probabilístico aleatorio simple, arrojaron que los profesionales de enfermería no tienen claro los lineamientos que concreta la elaboración de registros además desconocen los objetivos que persiguen los mismos y poseen poca orientación sobre importancia legal en que puede ocurrir durante el desempeño de sus funciones. (10)

En la tesis “Control de Calidad de los Registros de Enfermería” de Fernández, tiene como objetivo analizar el nivel de cumplimiento y contenido de los apartados referentes a los registros de enfermería tanto a lo usual o global como en los distintos temas de turnos de trabajo. Las variables de estudio analizadas fueron: monitorización, medicación, perdidas, incidencias de enfermería, escaras, fisioterapia, registros de respirador; clasificados según su contenido en: sistemas, prioridades, observaciones personales y duplicación de información. Se llevó a la conclusión que los registros de enfermería que nos informan sobre el estado de gravedad del paciente muestran buen nivel de cumplimiento. Igualmente los registros de los que se derivan actividades terapéuticas médicas presentan mayor calidad que los directamente relacionados con actividades propias de enfermería. (11)

Souza Oliveira en su trabajo de investigación “Evaluación y mejora de registros de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil” se encontró la calidad del registro clínico en un nivel de no cumplimiento en los tres turnos. Las áreas de mayor déficit de registro se encuentran en los indicadores de identificación, valoración, evaluación, y elaboración de los registros clínicos. Se demuestra que el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso, esto evidencia la necesidad de implementar una intervención educativa en el personal para mejorar la calidad del registro. (12)

En la tesis “Calidad y utilización de las anotaciones de enfermería para el personal de salud”, realizada en el servicio de cirugía-A del Hospital de Apoyo María Auxiliadora; debido a que informan sobre la evolución de salud del paciente durante su hospitalización.

Se revisaron las anotaciones de enfermería de 126 historias clínicas, tanto en la admisión preoperatoria y postoperatoria inmediata y alta; usándose una instructiva y patrón llenado. Los resultados fueron la calidad de las anotaciones de enfermería en relación a la etapa hospitalaria es de regular calidad; enfocados al aspecto biológico. (13)

3.2 BASE TEORICA

La calidad es un concepto integral y polifacético. Edward Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total menciona que el hombre es el juez de la calidad y es el supremo árbitro de sus necesidades y de todo lo que pueda satisfacerlo simplificando su concepto en “Hacer lo correcto en forma correcta de inmediato”. (14)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente”. Considera que la calidad de los servicios de salud debe tener los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente e impacto final en la salud.

La calidad se debe considerar desde una perspectiva interna y externa; es decir, la calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado de la satisfacción del cliente. Las recomendaciones de Juran se concentran en tres procesos de calidad principales, llamados Trilogía de Calidad: 1-Planeación de la Calidad, el proceso de cumplimiento de los objetivos de calidad; 2- Control de Calidad, el proceso de cumplimiento de los objetivos durante las operaciones y 3- Mejora de la Calidad, proceso de alcanzar niveles de desempeño sin precedentes. (15)

El bienestar como especialidad de enfermería ha adquirido importancia en estas últimas décadas donde enfermería se concreta en el campo teórico y práctico de conocimientos habilidades actitudes que debe poseer el personal de salud para brindar atención de calidad. (16)

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

La Organización Internacional de Normalización (ISO). 9000 es un conjunto de normas sobre calidad y gestión de calidad, nos muestra el diseño y la implementación del sistema de gestión de calidad de una organización que se ve influenciada por :El entorno de la organización los cambios en ese entorno y los riesgos asociados con el entorno, Mejor Gestión de la Calidad que ayuda a satisfacer las necesidades de sus clientes, Mejor desempeño operativo que reducirá errores y aumentará los beneficios, Motiva y aumenta el nivel de compromiso del personal a través de procesos internos más eficientes. Haciendo uso de la metodología de enfoque de la calidad de planificar -hacer-verificar-actuar.

Como profesionales de enfermería especialista en el área de cuidados intensivos es necesario que cada profesional pueda manifestar su capacidad para proporcionar regularmente una atención adecuada que satisfacer los requisitos del paciente donde es necesario demostrar la seguridad confianza y así planificar e identificar los riesgos y problemas que se presenten.

La importancia de implementar el sistema de calidad y considerar el ISO en la gestión de salud radica en desarrollar en la organización una serie de actividades procesos y procedimientos encaminados a lograr que el producto y servicio cumplan con los requisitos del cliente y lograr una mejora continua de acuerdo a las necesidades y así satisfacer al cliente. (17)

En el Reglamento de Organización y Función de Ministerio de Salud ARTÍCULO 44^a Dirección de Calidad de Salud está a cargo de las siguientes funciones generales: a) Diseñar y conducir el Sistema Nacional de Gestión de Calidad en los ámbitos sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad y de la atención de la salud, b) Definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento, c) Conocer los resultados de la evaluación periódica de la

atención de salud a los usuarios para orientar las acciones y promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua de su calidad, d) Establecer las normas del sistema de acreditación para servicios y establecimientos de salud y establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento, e) Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de auditoría en salud y supervisar el cumplimiento de los planes de auditoría de la calidad. (18)

“Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no hayan mal entendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de la calidad”.

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto a la persona y familia, calidad es hacer lo correcto, en forma correcta e inmediata, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que las personas tengan confianza en el servicio que se les brinda. (1)

La enfermería es la profesión encargada de brindar cuidados individuales y en colaboración con el equipo de salud a todas las personas durante las etapas de vida no solo en los momentos de enfermedad sino también en la recuperación y promoción de la salud.

El Cuidado es el eje u objetivo principal de la enfermera, el mismo que se brinda durante la vida, la enfermedad, la muerte. Cuidar es el efecto de las acciones, habilidades, destrezas, interés, comunicación encaminadas a aliviar el sufrimiento, dar mejoría al enfermo, curar la enfermedad y conservar la salud. Cabe recalcar que una enfermera debe buscar la calidad del cuidado que se brinda a la persona en forma integral a través de la interacción enfermera - persona y no al cuidado de la enfermedad.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) “La función de la enfermería es la asistencia al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen”.

Estos cuidados que brinda la enfermera se ofrecen en forma permanente y/o continua permitiendo observar mejor la evolución del paciente y determinar a partir de ellos prioridades en la atención que se les brinda para promover y mantener la salud; dicha observación debe ser científica, comunicada y registrada oportunamente.

La enfermera desempeña cuidados semejantes en las diferentes áreas de un nosocomio, semejantes pero no iguales, como por ejemplo en el área de pediatría necesita paciencia para los niños y buena comunicación y comprensión para los padres; en Sala de Operaciones, la enfermera debe conocer los instrumentos para cada operación; en la Unidad de Cuidados Intensivos (nuestra unidad de estudio), la enfermera está altamente preparada científica y tecnológicamente para los diferentes grados de complejidad de atención que se presentan. Sin embargo, todas cumplen con su rol principal “el cuidado” a través del Proceso de Atención de enfermería.

La Ley del trabajo del Enfermero N°27669, en el artículo N°7 incisos (a), promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala: “Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”. Teniendo en cuenta que el PAE constituye una herramienta para brindar atención a la persona, considerando al PAE como un método científico basado en el proceso de comunicación que nos permite satisfacer necesidades propias del proceso salud – enfermedad.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva, es característica de un nosocomio nivel III-1 donde la atención médica está encaminada a restaurar la salud y rehabilitar, recibe referencias por los otros niveles, es de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos caracterizados por presentar problemas de salud reales o potenciales que ponen en peligro su vida, requiere de un equipo calificado por médicos, enfermeras y técnicos quienes proporcionan un cuidado multidisciplinario integral. Las enfermeras que laboran en esta unidad son especialistas y se encargan de la monitorización constante, vigilancia, administración terapéutica, soporte vital avanzado entre otros. Que tienen alguna condición grave de

salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren una monitorización constante de signos vitales y otros parámetros. [\(19\)](#)

El cuidado que brinda la enfermera en la UCI debe ser con calidad humana, científica, técnica y ética, lo cual es aplicado en su desempeño profesional a través de su abordaje metodológico ya mencionado el PAE.

El Proceso de Atención de enfermería constituye un medio para la interacción enfermera – paciente, que permite identificar las respuestas humanas que responden a estilos de vida que determina la salud o enfermedad en el paciente; está compuesto por cinco etapas que pueden variar porque la persona no es un ser estático: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Intervención y Evaluación. El PAE es un método científico, se basa en sistema de teorías, mediante el cual se aplica teorías y modelos. Las enfermeras saben que la aplicación del PAE hace diferente el actuar de la profesión, en relación a otras disciplinas. Para que el Proceso de atención de enfermería se vea evidenciado debe ser plasmado en los Registros de Enfermería, los cuales son documentos legales y formales que se considera como indicador del desempeño de las enfermeras profesionales (indicador de calidad), respecto a la evolución del cuidado que se brinda a la persona.

Los registros constituyen la forma de comunicación escrita de hechos sucedidos en un lugar y momento determinados, ubica a cada persona dentro de un contexto socio-económico, ambiental, laboral, educativo y cultural; esto permite conocer la evolución y condición del paciente.

Según normas de la institución, se emplea color de tinta azul para los registros durante el turno día y rojo para la noche; además debe tener firma y sello de la enfermera.

Un registro de enfermería completo se desarrolla conservando un orden cefalo – caudal; se anotan los problemas presentados por el paciente, medidas aplicadas y resultados obtenidos; así como pendientes, incluye información sobre presencia y permeabilidad de sondas, catéteres, condición de heridas y apósitos, vendajes.

Así mismo los registros se consideran un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Además, son un respaldo legal frente a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados; ya que en el Perú se observa el aumento de los problemas legales y las demandas a nivel de los profesionales de salud en el que las enfermeras se encuentran involucradas debido a la supervisión de las historias clínicas en los procesos legales desde la evolución médica, tratamiento, procedimientos realizados al paciente; siendo también uno de ellos los registros de enfermería. Las enfermeras se ven inmersas en dicho problema, motivo por el que se tiene que fortalecer los registros e implementarlas, poniendo en práctica el proceso de atención de enfermería que actualmente es el respaldo legal. (20)

La Asociación Americana de Enfermería dice a este respecto: “La enfermera es responsable de la recogida de datos y la valoración del estado de salud de los clientes, de establecer un plan de cuidados de acuerdo a los objetivos y consecuentemente, de reevaluar y revisar el plan de cuidados de enfermería”. Con ello puede tener una visión completa y global del paciente y a futuro demostrar documentalmente las prácticas realizadas, las razones de su utilización han evolucionado desde el tiempo en que Florence Nightingale los introdujo como instrumento que la enfermera debía utilizar para atender a los pacientes.

Los registros de enfermería resumen la veracidad de los datos y desde la dimensión legal, al igual que la historia clínica es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional, es aconsejable que las enfermeras diligencien no solamente las notas de enfermería de aquellos pacientes que consideren críticos sino, también los otros registros de enfermería como el registro del control de líquidos, de medicamentos, de signos vitales, etc., teniendo en cuenta el cuidado de enfermería, ya que es la constancia escrita del acto de cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional sino es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Recordemos que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos. (18)

Son una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud y por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad del cuidado de la persona, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor del cuidado que se brinda, facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua.

Por tanto, el registro de enfermería es la documentación escrita, completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias a la persona y los resultados de las actuaciones de enfermería, y el reflejo del trabajo principal de la profesión, el cuidado de la persona. Refleja la calidad del trabajo de enfermería brindado, garantizando la calidad de los servicios prestados.

Para que exista calidad de las notas de enfermería en cuanto a continuidad y claridad debe establecerse el cumplimiento de requisitos al momento de realizar los registros de enfermería en cada turno. La escritura debe ser clara y concisa, con letra legible, redacción comprensible y sin tachaduras, ni errores ortográficos. (2)

La enfermera en el ámbito hospitalario, se encamina al cuidado directo de los pacientes a cargo y conjuntamente la realización del registro de enfermería que evidencia la aplicación del proceso, garantizando la continuidad del cuidado; adicionalmente el profesional realiza actividades de tipo administrativo que hacen parte de este mismo proceso.

Entonces, para contribuir con la continuidad del cuidado brindado al paciente y familia, la enfermera asume la responsabilidad de elaborar los registros de enfermería con el objetivo de comunicar oportunamente los problemas, necesidades y respuestas frente al tratamiento médico y de enfermería, que deben ser evaluadas periódicamente a fin de evidenciar resultados en cuanto a su confiabilidad, oportunidad y validez científica para prever riesgos. Debe escribir en forma descriptiva, utilizando el método científico para resolver problemas, para ello deberá emplear las siguientes normas técnicas: SOAPIE = S datos subjetivos (síntomas que refiere el paciente), O datos objetivos (signos que la

enfermera observa) A conclusión diagnóstica, P plan de cuidados, I intervenciones de enfermería y E evaluación de la eficacia de la intervención. (21)

Un registro de enfermería para ser de calidad debe estar completo tanto en el contenido como es su estructura.

La estructura de los registros de enfermería está determinado por la disposición y orden en el que se encuentra, debe utilizar las normas OPCCO que significa: (22)

Objetivo, se elabora en base a lo observado y ejecutado, tomando en cuantas reacciones físicas y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamiento y procedimientos realizados. Deben ser escritos en forma objetiva, es decir sin prejuicios o juicios de valor u opiniones personales sobre el paciente

Preciso, explicar claramente la información que quiere dar, descartar palabras como tal vez, puede ser, nose, de repente, etc. Deben ser precisos completos y fidedignos y anotarse en forma clara y concisa con términos cuantificables. Fecha hora y firma.

Claro, y legibles sino posee una buena caligrafía, debería utilizar letra de imprenta, realizar anotaciones correctas ortográficamente y gramaticalmente. Usar solo las abreviaturas de uso común y no las que puedan llevar a confusiones.

Concreto, no debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido de leerlo.

Organizado, que registre datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en sentido cefalo- caudal, las respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta y realiza el cuidado.

El Contenido de los registros de enfermería esta medido por toda la información que está dentro del SOAPIE. . (21)

Datos subjetivos “S”: comprenden los sentimientos, la sintomatología y las preocupaciones del cliente a un resumen de la conversación mantenida con el usuario. Estos datos en la UCI pueden ser evaluables en un paciente despierto, preguntado su nombre y apellido, donde se encuentra, fecha de cumpleaños, etc. O puede no ser

evaluables porque el paciente está con tubo endotraqueal, traqueotomía, o ventilación no invasiva, sedación, etc.

Datos Objetivos “O”: Son los hallazgos obtenidos del examen físico. Estos datos provienen de la observación y examen físico que debe ser cefalocaudal. La valoración de estos datos ayudará a la elaboración de los diagnósticos de enfermería, es por ello que se debe tener en cuenta el registro de los signos vitales a horario o según necesidad del paciente para identificar precozmente las complicaciones tal es el caso de aquellos pacientes que se llega a controlar hasta cada 15 min post SOP al igual que el registro del tipo de ritmo cardíaco para detectar los cambios fisiológicos del paciente, tomar en cuenta la evaluación neurológica (nivel de conciencia, escala de Glasgow, evaluación de pupilas), la función respiratoria, ver si el paciente oxigena espontáneamente o si es asistida (TET, TQT, VM), además si hay presencia de secreciones, características o si presenta drenajes. También registrar la función gastrointestinal (tipo de alimentación, examen físico del abdomen si cuenta con ostomias, valorar la función genitourinaria (micción y características), también tener en cuenta la evaluación de piel y mucosas (estado de piel, presencia de edemas y UPP, en el monitoreo hemodinámico (soporte de inotrópicos, uso de PVC, GC, PC). (23)

También tener en cuenta la interpretación de los exámenes de laboratorio, registro de balance hídrico estricto, valorar la escala del dolor y tener en cuenta el sistema de apoyo con el que cuenta el paciente ya sea familiares directos o allegados. (24)

Valoración “A”: Es la interpretación que hace la enfermera de los datos subjetivos y objetivos transformándolos en diagnósticos de enfermería, los cuales deben estar presentes siempre en los registros.

Plan “P”: Significa planeación, se registra el o los objetivos que se desean alcanzar.

Intervención “I”: Son las intervenciones llevadas a cabo para mitigar el problema. Es decir, acciones que se tomarán frente a los diagnósticos planteados para conseguir los objetivos.

Comprobación “E”: Se utiliza para evaluar la eficacia de las Intervenciones de enfermería a la hora de alcanzar los resultados.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), es la institución que asumió la responsabilidad de desarrollar una taxonomía para los diagnósticos enfermeros con la finalidad de proporcionar un lenguaje común entre todas a las enfermeras, los mismos que son revisados y actualizados cada dos años. Los diagnósticos enfermeros son problemas reales y potenciales de la persona que la enfermera puede resolver. Cada diagnóstico es un juicio clínico o conclusión que surge como resultado del análisis e interpretación de datos encontrados en la valoración de enfermería.

Entonces la calidad de los registros de enfermería están dados por el cumplimiento de cada uno de los puntos descritos, cabe mencionar que la calidad es el grado en el cual los servicios de salud incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual para que así la provisión del servicios sean accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tienen cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (25)

El personal de enfermería debe saber responder con seguridad y firmeza estas preguntas frecuentes en relación a los registros de enfermería: (7)

Porque registrar:

- ✘ Responsabilidad jurídica. La historia es el documento testimonial ante la autoridad judicial, es la documentación legal de nuestros cuidados.
- ✘ Responsabilidad moral, por respeto a los derechos de los pacientes y a la contribución del desarrollo de la enfermería y su responsabilidad profesional.
- ✘ Por razones asistenciales, el registro de toda la información referida al proceso del paciente va a contribuir a la mejora de los cuidados que prestamos y a aumentar la calidad de los mismos.
- ✘ Investigación, toda la información que proporciona la historia pueden ser la base para la investigación de los trabajos de enfermería.

- ✗ Gestión, el desarrollo de los registros permitirá a los gestores determinar las cargas de trabajo y las necesidades derivadas de estas y la adecuación de los recursos asistenciales.
- ✗ Formación y docencia. Los registros en la historia van a ser una fuente de información para los alumnos de enfermería y para nuestra propia formación.

Para que registrar:

- ✗ Mejorar calidad científico-técnica, el intercambio de la información.
- ✗ Lenguaje común (metodología); lograr un lenguaje común entre los profesionales, favorece la evolución y la mejora de la calidad asistencial.
- ✗ Disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad.
- ✗ Legitimidad y reconocimiento social e institucional.

Cuando hay que registrar

- ✗ Cada vez que realizamos la atención de un paciente.
- ✗ En cuanto al tiempo, debe ser lo antes posible luego de haber realizado la intervención de enfermería, posible, su demora puede tener como consecuencia la omisión u olvido de alguna anotación.

Como registrar:

- ✗ legible.
- ✗ Conciso.
- ✗ Claro, que no dé lugar a confusiones.
- ✗ Sin tachones.
- ✗ Utilizando una metodología común, como es la valoración, etiquetas diagnosticas NANDA/NIC/NOC, poniendo en práctica el proceso enfermero.

Quien debe registrar:

- ✗ Todo el personal de enfermería que realiza la atención de un paciente.

Que se debe registrar:

- ✗ todo lo relacionado al paciente.
- ✗ La valoración realizada.
- ✗ Plan de cuidados.

- ✗ Evolución.
- ✗ Lo manifestado por el paciente.
- ✗ Evitar adjetivos calificativos sobre el paciente.
- ✗ Evitar justificar algún comportamiento enfermero, o error al realizar un procedimiento.

En estos últimos años los registros de enfermería son más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado que debe ser legible y oportuno. En estos últimos años hay evidencia que a nivel nacional aumentan los problemas legales y las demandas a los profesionales de la salud y las enfermeras nos encontramos involucradas debido a la supervisión de las historias clínicas en los procesos legales, desde la evolución médica, tratamiento y procedimientos realizados al paciente que deberían de estar evidenciados en los registros de enfermería.

IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.

- **Valor Profesional:** los registros de enfermería son parte del quehacer diario y la prueba evidente del cuidado que se le brinda al paciente, evidenciando en ellos la atención buena o mala, es decir son nuestros medidores de cuidado.
- **Valor Legal:** los registros de enfermería expresan literalmente las reacciones y evoluciones del paciente frente a la atención recibida, constituyéndose así en un documento legal que respalda la atención que se brinda; es por ello que deben responder a sus características; redactadas oportunamente, sin borrones. Ni enmendaduras y refrendadas por la firma y número de la colegiatura de la enfermera (o) que lo realiza, así como también debe evidenciar los problemas necesidades y riesgos del paciente.
- **Valor Científico:** los registros de enfermería describen determinadas reacciones y resultados del cuidado brindado, constituye una fuente de investigación de

nuevos métodos para el cuidado de los pacientes, así mismo una valiosa fuente de información para identificar problemas, que necesitan atención de enfermería, así como para la valoración del progreso del paciente, para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados del proceso de enfermería desarrollados en la atención que brinda, aspecto inherente a la profesión de enfermería.

CAPITULO IV

4. MATERIAL Y METODO

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio tendrá un enfoque cuantitativo con diseño no experimental de tipo descriptivo con un corte trasversal retrospectivo.

4.2 POBLACION

La población estará conformada por las Historias Clínicas, específicamente los registros de enfermería elaboradas en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario San Pablo, clínica de nivel III-1, durante los meses de enero, febrero y marzo del 2014. Cabe mencionar que en este servicio la estancia de los pacientes es de 2 a 7 días, utilizando un promedio de 5 días, por lo que se cuenta con 72 historias clínicas con 360 registros de enfermería que serán evaluados según los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIO DE INCLUSION Y EXCLUSION

Dentro de los Criterios de inclusión tenemos:

- Los 5 primeros registros de enfermería del servicio de UCI realizados en los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2014.

Los Criterios de Exclusión serán:

- Los registros de enfermería fuera de las fechas mencionadas.

4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Calidad de registros de enfermería	<p>Conjunto de características y acciones que son indispensables e importantes para el bienestar de la persona y mediante el adecuado llenado de los registros de enfermería cuyo documento es legal y formal que permite identificarlas respuestas humanas y evolución del cuidado que se brinda a cada persona se considera como indicador fundamental en el desempeño de enfermería.</p>	<p>Estructura</p> <p>Contenido</p>	<p>Conjunto de características que posee el registro de enfermería en cada turno siendo preciso ,claro, concreto siguiendo un orden lógico ,organizado según la hora ,teniendo una evaluación completa cefalocaudal</p> <p>Conjunto de características e información que se encuentra en los registros de enfermería para lo cual se usa el SOAPIE los datos objetivos ,subjetivos, valoración, plan de intervención y evaluación</p>	<p>Nivel de calidad de los registros de enfermería(buena , regular y mala)</p>

4.4 PROCEDIMIENTOS TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos en el presente trabajó de investigación se considerará los siguientes aspectos:

1ero. Se solicitará la Aprobación del comité de ética de la Universidad Peruano Cayetano Heredia.

2do. Se solicitará permiso al director de dicha clínica de nivel III-1.

3ro. Confirmada la aceptación por parte del director, se coordinará con el servicio de archivo para acceder a las historias clínicas.

4to Se hará uso de los criterios de inclusión y exclusión con las historias clínicas y uso de la técnica de revisión de documentación y como instrumento llenado de lista de cotejo.

INSTRUMENTO

En el presente estudio se aplicará un instrumento denominado lista de cotejo para cada registro de enfermería cuyo propósito será identificar la calidad de los registros.

Cuenta con 44 ÍTEMS subdividida en estructura y contenido teniendo 6 ÍTEMS para estructura y 38 ÍTEMS para contenido, teniendo como valor (0) si no realiza las acciones del enunciado y (1) si realiza las acciones del enunciado y al ser sumado se determinara el nivel de calidad de los registros si es BUENA –REGULAR-MALA.

Estructura corresponde según la numeración de lista de cotejo

- 1 al 12

Contenido corresponde según la numeración de lista de cotejo

- 13 al 67

Resultado de suma de puntos

ESTRUCTURA

Buena 5-6

Regular 3-4

Mala 0-2

CONTENIDO

Buena 30-38

Regular 21-29

Mala 0-20

Total de suma

Buena 35-44

Regular 24-33

Mala 0-22

4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Concluida la recolección de datos, la información será analizada e ingresada en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS. Se elaboraran tablas simples y gráficos pertinentes, se presentara los datos en cuadros de frecuencia donde se reflejara por un lado la variable y por el otro lado la frecuencia alcanzada (buena – regular – mala) y su respectiva presentación porcentual, a partir de esa información se presentara graficas de tipo torta donde se reflejara claramente los porcentajes.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVA

5.1 PRINCIPIOS ETICOS

Descripción de los principios éticos:

Autonomía: En el estudio la ejecución del instrumento cuyo material de la población será solo historias clínicas, que serán obtenidas después de los permisos administrativos realizados con la institución, precisando que todos los datos obtenidos de los instrumentos son estrictamente confidenciales y solo para uso de la investigación.

Justicia: El estudio se realizará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, tomando en cuenta las fechas del cronograma.

Beneficencia: El estudio planteado pretende proporcionar información acerca de la realidad y las condiciones en que se realizan los registros de enfermería, para que posteriormente puedan ser corregidas con cambios de actitudes y cumplimiento en la adecuada elaboración de registros de enfermería mediante un plan estratégico para mejorar el cuidado del paciente con un trabajo continuado y tomado en cuenta por todos los grupos de salud, permitiendo un efectivo trabajo multidisciplinario y con esto dar realce e identificación a la carrea de Enfermería.

No Maleficencia: mediante los principios de datos obtenidos será estrictamente confidencial, y los datos obtenidos se darán a conocer al servicio y así mejorar la deficiencia.

5.2 CRONOGRAMA GANTT

Año	2016												
Mes	Mayo - junio				Julio - Agosto				Setiembre - Noviembre				Diciembre
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15
Elaboración del proyecto													
Aprobación de protocolo por UPCH, Comité de Ética													
Prueba piloto													
Recolección de información													
Digitación de la data recolectada													
Análisis de la data recolectada													
Elaboración del Informe final													
Sustentación de tesis													

5.3 PRESUPUESTO

Recursos Humanos: Autoras, Asesora.

N°	PERSONAL	PAGO/MES	N°MES	COSTO TOTAL
1	Estadístico	300	2	600
2	Secretaria	200	2	400
			SUBTOTAL	1000
ITEM	SERVICIO	COSTO/UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL
1	Movilidad	10	10	100
2	Refrigerio	6	25	150
3	Fotostáticas	0.035	1200	42
4	Internet	100	6	600
5	Anillados	5	10	50
			SUBTOTAL	942
ITEM	MATERIAL	COSTO/UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL
1	Papel bond A4	16 por millar	1	16
2	Cartuchos de impresora	50	6	300
3	Fólderes	0.50	20	10
4	Lápices	0.50	12	6
5	Lapiceros	1	12	12
6	Correctores	2.5	6	15
7	Tijeras	2.5	4	10
8	Perforador	5	2	10
9	Engrapador	5	2	10
10	Grapas	0.05	100	5
11	CD	1	6	6
			SUBTOTAL	400
			TOTAL	S/. 2342

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Sarco.N.Calidad percibida por el responsable de pacientes atendido en la clínica odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener. [tesis].Lima-Peru.2013
- (2) Koziar B, GlenoraE, Shirlee J, Snyder .Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y prácticas. Vol.I.7ma Ed. España: McGraw – Hill -- interamericano, 2010
- (3) Cortes G, Castillo F. Guía para elaborar Proceso, Registro, Protocolo y Cuidado de Enfermería .3ra Ed. Perú: RHODAS, 2011.p.15-1.
- (4) Ariza.C.Daza. “Calidad del cuidado al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá”. [tesis].Bogota-Colombia.2005
- (5) Cancela. A, Fotan V.Pirix Y. “Características de los registros del personal de enfermería en la Historia Clínica en cuanto a su calidad en la Universidad de la Republica” [tesis].Uruguay. 2010
- (6) Anglade. C. “Características de la anotaciones de enfermería, factores personales e institucionales asociados en la elaboración en el hospital nacional Dos de Mayo”. [tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos .2006
- (7) Castro J .Consecuencias Jurídico Penal y Patrimonial de la mal praxis en el ejercicio profesional de la enfermería [Internet]. 2011, [citado 15 nov 2014]- Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxilind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextaction=Ink&exprSearch=580742&index Search =ID>
- (8) Quispe.C. “Control de calidad en la elaboración del SOAPIE en los registros de enfermería”. [tesis].Venezuela.2009
- (9) Manco. A. “Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del hospital Rezola”. [tesis].Peru.2010
- (10) Dexi .T.torcatt. “Información que posee el profesional de enfermería que elabora en las unidades clínicas de cirugía en el Hospital Universitario de Caracas sobre registros de Enfermería”. [tesis].Caracas .2010
- (11) Fernández. H, Bargas .M “Control de calidad de los registros de enfermería”. [tesis]. Colombia.2010
- (12) SouzaOliveira “Evaluación y mejora de registros de la Valoración de Enfermería”. [tesis].Brasil.2009

- (13) DurandTejeira, Zoraida Soria “Calidad y utilización de las anotaciones de enfermería para el personal de salud en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora”. [tesis].Lima .2011
- (14) Rodríguez.V. “Factores que influyen en la percepción de los usuarios externos de la clínica de la facultad de odontología de UNMSM”. [tesis]. Lima. 2012
- (15) Joseph M. La Calidad como filosofía de gestión: la trilogía de la calidad [internet].2009. Disponible en :
[http://www.ejemplode.com/50-recursos_humanos/1203la_trilogia_de_la_calidad_del_dr._juran...HTML](http://www.ejemplode.com/50-recursos_humanos/1203la_trilogia_de_la_calidad_del_dr._juran...HTML+%&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=pe)
 +&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=pe
 Fuente: ejemplos de La trilogía de la calidad del Dr. Juran
- (16) Nola .J.Pender. Teoría de Nola.J.Pender.Modelo de promoción de salud. [internet]. [citado el 17 Dic 2015]. Disponible en:
http://es.slideshare.net/selene_sandoval/teora-de-nola-j
- (17) Organización Internacional de Normalización. [Actualizado 2015; citado nov 2015]. Disponible en:
[www.bsigroup.com/esEs>gestiondecalidadISO9001.ICICM.com>files/ISO9000sector salud](http://www.bsigroup.com/esEs>gestiondecalidadISO9001.ICICM.com>files/ISO9000sector_salud)
- (18) Ley de Trabajo de Enfermería [Actualizado 2014; citado nov 2015].Disponible en:
www.mintra.gob.pe.leyde_trabajodeenfermeria27669
- (19) Colegio de enfermeras del Perú. Código de ética y deontología [Internet].Capitulo III la enfermera y el ejercicio profesional.2010. [Actualizado 2013; citado nov 2014].Disponible en:
http://www.cep.org.pe/cn/download/codigo_etica_deontologia.pdf
- (20) Tipacti .S. “El proceso de atención de enfermería: teoría y práctica”. [tesis]. Perú .2009.
- (21) Loaiza. C, Ayllon CH .Manual de registros de Enfermería, Modelo SOAPIE Diagnósticos de enfermería ,Resultados e Interpretaciones más frecuentes en los servicios hospitalarios .Tomo III .Arequipa.2013.p.16-17
- (22) Registro de informes de enfermería OPCOOP. [internet].[citado el 10 Dic 2015]. Disponible en:
<http://yolandacoraspe.blogspot.com/2012/09/registros-e-informes-de-enfermeria.html>

- (23) Javier Eslava Schmalbach, José Ricardo Navarro Vargas, Luis Eduardo Cruz
Semiología del paciente crítico: La clínica y la monitoria invasiva/ eds. Bogotá: 2009
- (24) Gonzales Gutiérrez M. “Evaluación de los registros de enfermería”.
[tesis].Peru.2009
- (25) Cortez .G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC, 6TA Edición. Perú: ed.
rodhas.2012.

ANEXO

**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION DE LA
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA DE UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

Instrucciones:

Esta lista de cotejo contiene una serie de ítems los cuales están basados en el Proceso de Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados intensivos, registrar si:

1: si realiza las acciones del enunciado

0: si no realiza las acciones del enunciado

N°	CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA		PUNTUACION	
1	Registra lo observado con firma y sello		1	
2	Obvia firma y sello		0	
3	Registra datos completos del pcte		1	
4	Registro incompleto de datos		0	
5	Uso de términos apropiados		1	
6	Uso de términos inapropiados Desconocidos o simples		0	
7	Letra clara libre de errores		1	
8	Fallas ortográficas ,letra no legible		0	
9	Registro ideal entendible		1	
10	Registro extenso o muy corto sin secuencia		0	
11	Mantiene registro horaria y permanente		1	
12	Alteración del registro horaria		0	
13	Evaluable	Paciente despierto LOTEP	1	
14	Datos Subjetivos no evaluables	Paciente con limitación forzada (Presencia de TQT-TET-sedo analgesia)	1	
15	No registra datos subjetivos	No existe evidencia de datos subjetivos.	0	
16	Examen Físico	Registros de los signos vitales	Horario	1
17			Incompleto	0
18		Identificación de ritmo cardiaco	Registra	1
19			no registra	0
20		Evaluación Neurológica	Nivel de conciencia	1
21			Escala de Glasgow /RASS	1
22			Respuesta motora	1
23			Respuesta pupilar	1
24			Omisión de datos	0
25			Espon. oxigenoterapia	1
26		Asistida TET,TQT,VNI,VM	1	

27	Función Respiratoria	Ruidos MV	1
28		Secreciones características	1
29		Dren torácico/caract. contenido	1
30		Omisión de datos	0
31	Función Gastrointestinal	Tipo de alimentación	1
32		Parenteral	1
33		Presencia de residuo gástrico	1
34		Expl. física del abdomen,RHA	1
35		Presc. ostomias/eliminación	1
36		Omisión de datos	0
37	Función Genitourinario	Micción espontanea	1
38		Micción invasiva	1
39		Color de la orina	1
40		Omisión de datos	0
41	Piel y Mucosas	Estado de la piel	1
42		Edema	1
43		UPP	1
44		Proced. invasivos	1
45		Omisión de datos	0
46	Monitoreo Hemodinámica	Soporte de inotrópicos PVC,GC,IC,PC	1
47		Omisión de datos	0
48	Interpretación Ex. Laboratorio	Si	1
49		No	0
50	BHE completo	Medidas antropométricas peso,talla,IMC	1
51		H2O metabólica	1
52		Perdidas insensibles	1
53		Omisión de datos	0
54	Valoración de dolor	Escala de EVA O-10	1
55		Presencia de sedoanalgesia	1
56		Omisión de datos	0
57	Sistema de apoyo	Familia /amigos	1
58		Ninguno	1
59		Omitir datos	0
60	Identificación y registro de 3 diagnósticos de enfermería a más		1
61	No registra Diagnósticos de enfermería y/o menos de 2 diagnósticos		0
62	Registro de objetivos deseados por cada diagnostico identificado		1
63	Ausencia de objetivos		0
64	Registro de intervenciones por cada diagnostico identificado		1
65	No registra intervenciones o falta		0
66	Registro de resultados después de la intervención por c/diagnóstico		1
67	No registra evaluación y obvia datos		0