



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL LLENADO DE LOS
REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE
MEDICINA DE UN INSTITUTO ESPECIALIZADO- BREÑA, 2018**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en
Enfermería Pediátrica**

Investigadoras

Lic. Cubas Chavez, Isabel Carolina

Lic. Valero Maldonado, Elizabeth

Asesora

Mg. Patricia Obando Castro

Lima – Perú

2018

Mg. Patricia Obando Castro

Asesora

INDICE

RESUMEN.....	0
INTRODUCCION	0
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
I.1. Planteamiento del Problema.....	3
I.2. Formulación del Problema	4
I.3. Justificación.....	4
I.4. Viabilidad y factibilidad del estudio	5
CAPITULO II: PROPÓSITO, OBJETIVOS DEL ESTUDIO	6
II.1 Propósito	6
II.2 Objetivo General	6
II.3 Objetivos Específicos.....	6
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	7
III.1 Antecedentes	7
III.2 Base teórica	8
CAPITULO IV. MATERIAL Y MÉTODO	12
IV.1 Diseño de estudio	12
IV.2 Población y muestra	12
IV.4. Definición Operacional De La Variable.....	15
IV.5 Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....	17
IV.6 Plan de tabulación de Datos.	30
CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS	31
V.1 Consideraciones Éticas.....	31
V.2 Consideraciones Administrativas	31
V.3 Presupuesto	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXO.....	36

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la calidad del llenado de los registros de Enfermería en los servicios de medicina pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Breña agosto-2018.**Diseño de estudio** con enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. **Población** 237 registros: cada registro cuenta con kardex, signos vitales, balance hídrico, notas de enfermería que fueron rellenos durante los turnos diurno y nocturno. **Muestra.** 147 registros que se seleccionarán mediante un muestreo aleatorio simple. Técnica: Análisis documental. **Instrumento:** Lista de chequeo. La aplicación del instrumento constará de las etapas valoradas en la norma técnica, las cuales son: **Plan de tabulación de Datos.** Los datos serán codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa MS Excel para su posterior análisis con el programa estadístico de libre distribución Epi Info versión 7.2.

Palabras Clave: Evaluación, Calidad, registros de enfermería. (DeSC).

INTRODUCCION

El auge tecnológico y los avances tecnológicos que se incrementan aceleradamente en el campo de la salud, plantean nuevos requerimientos, tales como enfoques de calidad, competitividad y efectividad para el desempeño del profesional que, aplicados al cuidado, permita asegurar la calidad y continuar con el cuidado del paciente. Para ello es fundamental contar con instrumentos que contribuyan a mejorar prestación de los servicios, y como herramienta principal de enfermería se tiene los registros de enfermería los cuales deben ser objetivos en el marco ético- legal.

El registro de enfermería es un documento propuesto por Florence Nightingale en el año 1859, la autora en base a su experiencia de trabajo en centros de concentración del ejército británico, propuso la importancia de la existencia de un registro que destaque el avance del trabajo administrativo y la calidad del trabajo de enfermería dentro de los servicios de salud. (1)

En el año 1955, Lidia Hall denominó el trabajo de la enferma como un proceso de atención. Sin embargo, su aceptación dentro del cuidado integral de enfermería tardó varios años. En el año 1967 Yura y Walsh crearon un primer documento con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blody en 1974 y Roy en 1975 incrementaron la fase del diagnóstico concluyéndose en las cinco fases del proceso de enfermería, que hasta la fecha se ha convertido en el principal modelo del cuidado de enfermería (2)

La importancia de este documento radica fundamentalmente en el registro del orden sistemático que debe seguir el profesional de enfermería durante los cuidados, además del valor legal que garantiza la protección del profesional ante cualquier problema jurídico. Su adecuado registro también sirve de base de datos para cuestiones académicas.

Pero por diversas razones es posible afirmar el poco interés que las enfermeras muestran por los registros de enfermería, obviando datos relevantes que deben ser transcritos en las notas de evolución de enfermería, ya sea por falta de tiempo, la carga del trabajo asistencial, dificultades con la metodología o porque consideran que la aleja de su función asistencial por sentirse forzadas a realizar acciones administrativas.

Para mejorar y garantizar la calidad del llenado del registro de enfermería, el MINSA elaboró la norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 en el 2016, donde se propone los formatos de evaluación de los registros de enfermería. Para esta investigación se tomará en cuenta cuatro de los registros propuestos: la Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos Vitales, Kárdex de Enfermería y Notas de Evolución de Enfermería, que pueden ser individualizados o integrados en un solo formato.

La valoración final mostrará la conformidad del uso del registro, como satisfactorio, por mejorar y deficiente.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. Planteamiento del Problema.

El Registro de Enfermería es una importante herramienta y esencial de información sobre la calidad y eficiencia de la atención que brinda la Enfermera a su paciente y la continuidad de estos cuidados para el restablecimiento de la salud. Estos registros sirven de guía sobre el estado del paciente para el equipo multidisciplinario debido a que la enfermera se encuentra las 24 horas del día con el paciente.

Siendo un registro de calidad un documento que debe cumplir las condiciones de seguridad designados por el MINSa a través de la norma técnica de salud de auditoría de la calidad en atención en salud debiendo ser eficaces, efectivos y eficientes de esta manera asegurando la calidad en atención en salud y respetando los derechos del paciente. (11)

La OMS en el año 2006 mostró que la falta de una comunicación verbal y escrita durante el cambio de turno entre los profesionales de enfermería vinieron a constituirse en el principal problema de comunicación, por la que se presentó eventos adversos que fueron denunciados por los familiares ante instancias legales en Estados Unidos por mala praxis. Por otro lado, señala que de los 25 mil a 30 mil eventos adversos que llevaron a las personas a presentar discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas durante la comunicación en el cambio de turno (3)

En estudios realizados en Brasil, en 2012 se evidenció que la problemática sobre el inadecuado registro de enfermería se debe a la poca capacitación del profesional de enfermería en el diseño del órgano asistencial por lo que muestran debilidades durante el llenado de los registros. El autor recomienda que debe diseñarse estrategias que busquen incrementar el nivel de preparación del profesional enfermero. (4)

Gonzales e Ibarra, 2007; definieron que las anotaciones de enfermería cuentan con formatos variados, complejos y que requieren entre 35 y 140 minutos para rellenarlos por cada turno, por la falta de este tiempo, es que dejan de registrar los espacios de “importantes observaciones” y “diálogos específicos” que mostrarían datos relevantes para la toma de decisiones. (5).

Valverde Mamani, Angélica; en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud del niño refiere que los formatos de registro de enfermería no tienen los suficientes datos para determinar la información completa de la valoración de su paciente desde el planteamiento no se formulan los diagnósticos de enfermería ni los objetivos al igual no consignan las intervenciones realizadas en el paciente y una inadecuada evaluación al final; siendo la calidad de los registros de enfermería en la mayoría con tendencia a ser baja. (13)

De otro lado existe riesgo de orden legal que podría enfrentar el profesional de enfermería por contar con un registro incompleto, que además refleja un inadecuado trabajo del Proceso de Atención de Enfermería y coloca en tela de juicio el profesionalismo.

Así mismo en el ámbito laboral las investigadoras observaron que determinadas circunstancias motivan estos problemas como: la recarga laboral, que no permite dedicarle el tiempo suficiente para el llenado correcto, ya que muchas veces las profesionales están enfocadas en el tratamiento medicamentoso, interconsultas, exámenes auxiliares, cuidados que exige el estado de salud del niño, atender las demandas familiares, hasta apoyar emocionalmente a la familia dándole soporte espiritual.

También, durante la experiencia de trabajo las investigadoras encontraron que existen diferentes modelos de registros, que en algunos casos se presentan como engorrosos y en otros casos muy esquemáticos que limitan detalles importantes sobre eventos secundarios que puedan suceder, conllevando al profesional a involucrarse en una situación legal incierta por omisión de cierta información.

I.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad del llenado de los registros de enfermería en los servicios de medicina pediátrica del instituto nacional de salud del niño, breña agosto 2018?

I.3 Justificación

Desde el punto de vista científico el presente estudio permitirá conocer in situ, la realidad del servicio de medicina pediátrica porque es la población más vulnerable por la edad del paciente sumado a las diferentes patologías existentes por la cual se debe cumplir el seguimiento y cuidados en relación al manejo de los registros de Enfermería y a partir de los resultados se podrá aportar con medidas de mejora de su uso.

La investigación aportará con el detalle de las faltas o errores por cada ítem en el llenado de los cuatro registros que utiliza la enfermera en hospitalización (según norma del MINSA) a fin de corregirlos y contar con registros adecuados y completos. Así, también, la investigación contribuirá con la formación de profesionales dedicados a la interacción con el paciente y responsables en el registro de causalidades importantes.

Además, contribuirá con datos estadísticos, frecuencias de trastornos clínicos y complicaciones, para próximos estudios por parte del profesional de enfermería.

Y por último, ayudará en la evaluación de los servicios ofrecidos por el personal de enfermería y los servicios sanitarios prestados por el centro de salud; es decir, determinar si estos servicios cumplen con los niveles de calidad requeridos.

I.4 Viabilidad y factibilidad del estudio

Es viable porque se trabajará en coordinación con el departamento de Enfermería y con el responsable de Admisión para el acceso de las Historias Clínicas. Permitiendo aplicarlos en el tiempo señalado respetando la confidencialidad del profesional que llenó el registro, ya que este no es un estudio fiscalizador sino alimentador para la mejora de la atención de calidad continua.

Es factible porque cuenta con recursos humanos especializados y recursos económicos para el autofinanciamiento.

CAPITULO II: PROPÓSITO, OBJETIVOS DEL ESTUDIO

II.1 Propósito

La investigación tiene como fin recolectar información sobre los acontecimientos, seguridad, y continuidad del cuidado del paciente, por parte de la entidad y profesionales de enfermería; y el correcto llenado de los registros de enfermería basados en instrumentos establecidos por la norma técnica de auditoria de la calidad de atención en salud. Información que será evaluada y calificada; a fin, de promover estrategias de mejora o actualización continua en la formación profesional y contribuir a proteger los intereses legales del paciente, del profesional y del establecimiento de salud.

II.2 Objetivo General

Evaluar la calidad del llenado de los registros de Enfermería en los servicios de medicina pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Breña agosto-2018.

II.3 Objetivos Específicos

- Evaluar la calidad del llenado de la hoja grafica de signos vitales de Enfermería.
- Evaluar la calidad del llenado del kardex de Enfermería.
- Evaluar la calidad del llenado de la hoja de balance hídrico.
- Evaluar la calidad del llenado de las notas de evolución de Enfermería.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

III.1 Antecedentes

Calero M. González F. en el 2014 en España realizaron un estudio denominado el registro de enfermería como parte del cuidado. El tipo de investigación fue cuantitativa, se utilizaron varias fuentes documentales con los descriptores registros de enfermería y calidad registros de enfermería en 2 bases de datos. Se seleccionaron 45 artículos de investigación. Los resultados encontrados demostraron la falta de conocimiento en el proceso de enfermería y los diagnósticos de enfermería, desconocimiento e incertidumbre sobre lo que debe registrarse, deficiencia en la comunicación escrita y oral, falta de motivación, carga laboral excesiva, falta de espacio adecuado para el registro, registros incompletos, la mayoría registra al final del turno, el lenguaje fragmentario (frases y abreviaturas), excesiva función administrativa, conflicto ideal/teoría y realidad (6)

Gutiérrez J. Esquén O. Gómez E. el 2012, en Lima, Perú, realizó un estudio sobre “Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia”. Fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, retrospectivo, transversal. Utilizó la técnica de la observación con la aplicación de un check list de los cuatro registros de enfermería, elaborado y validado por los autores. Utilizaron 41 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente. Concluyeron que más del 63.4% cumplen con un adecuado registro de sus actividades y corresponden al servicio de gineco obstetricia; y el 7.3% registran muy malo. (5)

Farfán G. 2013 Colombia. En su estudio de investigación describe “Las características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal departamental ético de enfermería, siendo un estudio descriptivo, usó la técnica de análisis documental, diseñó dos instrumentos un formato que facilita la selección de expedientes errados y una lista de chequeo. En el estudio, revisó 46 expedientes y se analizaron las características halladas en 674 registros de enfermería que pertenecen a: hoja de signos vitales, líquidos administrados y eliminados, informe de administración de medicamentos, y entrega de turno y hoja de notas de Enfermería. Dieron como resultado que el 90% de los registros de enfermería fueron tramitados por auxiliares de Enfermería con ciertos errores en las

características mínimas éticos legales, de calidad y estructura, trayendo consigo problemas en la continuidad del cuidado y la comunicación dentro del equipo de salud. En consecuencia, la esencia del registro como evidencia del cuidado y herramienta para aumentar el conocimiento en la profesión como enfermera se va perdiendo (7)

Morales S. (2012), “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - hospital regional Moquegua - Perú”, siendo un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo de corte transversal. Aplico una lista de cotejo realizando la evaluación y observación directa. La población lo conformo 64 historias clínicas donde concluye: Las notas de enfermería presentan regular calidad con un 54,7%, el 79.7% de calidad regular en cuanto a estructura y de mala calidad con respecto al contenido con el 96,9%. (PAE) (8)

III.2 Base teórica

Las primeras notas de enfermería fue publicada por Florence Nightingale en 1859, en su libro notas de enfermería. En ese entonces, considerada una herramienta indispensable, por el contenido de vital consideración para garantizar la recuperación y el bienestar de la salud de los pacientes, para los profesionales que brindaban sus servicios de cuidado a domicilio. Este documento trata sobre la relación entre las técnicas sanitarias y las instalaciones médicas, así como sobre notas que afectaron la salud, eficiencia y la administración hospitalaria del ejército británico, cuando Nigthingale laboraba en esta institución. Estas notas de enfermería se convirtieron en modelo importante para la capacitación de nuevos enfermeros. (1)

En la actualidad, el registro de enfermería es un documento desarrollado por el profesional enfermero de manera legal y formal. Contiene información y evidencia veraz del proceso de atención de enfermería (PAE). Los registros son documentos escritos o impresos que tienen como fin evaluar el desempeño de las enfermeras, mediante la evolución de la persona sana o enferma que tienen bajo su cuidado. Su estructura es acorde a las normas establecidas con las siglas SOAPIE (Datos subjetivos, datos Objetivos, Análisis o diagnóstico, Planificación, Intervención y Evaluación) en NANDA. (9)

La calidad del registro es variante, pero según Hullin, esta solo puede ser determinada a partir del servicio entregado. Es por eso que, el único agente con la capacidad de garantizar y proporcionar, a los pacientes, servicios altamente calificados es el personal

enfermero. Quiere decir que el marco de calidad usado en un registro de enfermería está directamente relacionado con el marco conceptual con que éste es diseñado. (7)

La calidad en los registros de enfermería tiene como finalidad incrementar los beneficios y minimizar los riesgos de salud. Por ello deben ser objetivas, concisas, actualizadas, completas, organizadas y confiables.

Asimismo, los registros de enfermería facilitan la comunicación acerca de los cuidados y requeridos, a todos los niveles del órgano asistencial de enfermería.

El registro brinda la imagen global de la situación del paciente, y tiene como utilidad, apoyar en las decisiones respecto a las necesidades de atención del paciente, ya que la enfermera es la única profesional que se encuentra las 24 horas continuas; este documento legal sirve como medio probatorio en un proceso judicial. El contenido muestra el nivel de la inasistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud. Sirve como base de información a los estudiantes porque brinda información sobre la naturaleza de la enfermedad con problemas médico similares. (10)

La elaboración de los registros de enfermería según la norma técnica de salud de auditoría de la calidad en atención en salud, establece que la autoridad nacional de salud desde los 90' impulsa el desarrollo de la calidad en salud mediante documentos normativos e intervenciones a las instituciones de salud.

El estado considerando tanto la salud como el acceso a la atención a tiempo y de calidad como un derecho, publicó el 15 de julio del 2016 con resolución ministerial 502-2016/MINSA la actualizada norma técnica N°029-MINSA/DGSP-V.02, "Norma técnica de salud de auditoría de la calidad en atención en salud" la cual garantiza los cuidados en condiciones de seguridad y de forma eficiente para el beneficio del paciente y de la sociedad. Además, permite que el personal de enfermería tenga instrumentos objetivos y claros para revisar y controlar el proceso de atención de la institución en mejora de la calidad de la atención que se brinda a los usuarios (11)

Los registros de enfermería basados según el reglamento, deben considerar los aspectos que a continuación se detallan:

- Describir de forma objetiva sin prejuicio e incluir la información subjetiva proporcionada por el paciente, la familia y otros miembros del equipo de salud.

- Evitar el uso de generalizaciones como: bueno, justo, normal entre otras. Estas descripciones están abiertas a muchas interpretaciones basándose en el punto de referencia del lector.
- Consignar datos completos identificados del paciente.
- Colocar la fecha y hora de anotación.
- Los datos deber ser registrados y descritos a detalle.
- Evitar el uso de abreviaturas a menos esté autorizadas por la institución.
- Usar una escritura legible, simple, objetiva y significativa.
- Usar ortografía correcta.
- El registro no debe tener borrones o enmendaduras ya que afecta el valor legal.
- En caso de alguna equivocación, tachar o colocar en paréntesis la palabra error y firmar al costado en caso equivocación.
- Escribir con tinta azul si es de día y rojo durante la noche.
- Debe culminar con la firma y sello, numero de colegiatura del profesional que realizo la anotación. (12)

Los registros de enfermería se encuentran inmersos en la historia clínica como formatos especiales, según la Norma Técnica De Salud Para La Gestión De La Historia Clínica-2018. La cual contempla los siguientes formatos de Enfermería y sus criterios:

- Notas de Enfermería: Contiene:
 - Contiene el proceso de atención de enfermería (PAE): Es un juicio clínico que posee la enfermera, basado en reacciones a situaciones críticas como problemas reales o de salud que tiene una persona o familia. Por lo general, para identificar como deben ser sus intervenciones. (9)
 - Nota de Ingreso: Fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: Funciones vitales, Funciones biológicas, estado general.
 - Consigna datos subjetivos: Se obtiene de la entrevista

- Consigna datos objetivos: Se obtiene de la observación (examen físico céfalo - caudal)
- Consigna diagnósticos de enfermería: puede ser real o potencial, va el R/C para determinar los factores condicionantes.
- Consigna plan de cuidados: Se registra el objetivo de la planificación.
- Registra las intervenciones de enfermería: Se registra la acción que es realizada al paciente
- Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora.
- Tratamiento aplicado
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.
- Hoja de Control de Medicamentos u Hoja de Control Visible (Kárdex)
 - Nombres y apellidos del Paciente.
 - Numero de historia clínica.
 - Denominación común internacional del producto farmacéutico.
 - Hora de administración.
 - Fecha de inicio y fecha en que se descontinuo el medicamento.
 - Nombre y Apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.
- Grafica de signos vitales: Contiene como mínimo:
 - Nombres y apellidos del Paciente.
 - Numero de historia clínica.
 - Departamento, servicio, número de cama.
 - Registro de: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente.
 - Peso.
 - Numero de deposiciones, orina, total de balance hídrico
- Balance Hidro-Electrolítico: Contiene como mínimo:
 - Nombres y apellidos del Paciente.
 - Servicio, numero de cama.
 - Fecha y hora de registro.
 - Peso.
 - Registro de ingresos y egresos, por turnos y el total del día.
 - Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera. (12)

CAPITULO IV. MATERIAL Y MÉTODO

IV.1 Diseño de estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

IV.2 Población y muestra

Población:

La población estará compuesta por 237 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, distribuidos en medicina A con 74 pacientes, medicina B con 66 pacientes, medicina C con 53 pacientes y medicina D con 44 pacientes. Hospitalizados en el mes de agosto del 2018, los cuales tienen historias clínicas que contienen registros de enfermería: cada registro cuenta con kárdex, signos vitales, balance hídrico, notas de enfermería que fueron rellenados en un mes durante los turnos diurno y nocturno.

(Datos obtenidos de la oficina de Informática y estadística del INSN)

Muestra.

La muestra estará compuesta por 147 registros que se seleccionarán mediante un muestreo aleatorio simple.

La muestra se calculó de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 P \times Q}{E^2}$$

$$nf = \frac{n}{1 + n / N}$$

Donde:

P: Proporción de registros de enfermería con nivel de calidad deficiente (no se conoce), P=0.5

Q = 1-P, Q=0.5

Z: Factor de confianza (95%), Z=1.96

E: Error de estimación (5%), E=0.05

N: Población, N=192

Reemplazando datos:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \times 0.5}{0.05^2} = 384$$

$$nf = \frac{384}{1 + 384 / 237} = 147$$

IV.3 Criterios de selección

Inclusión:

- Registros de enfermería de pacientes atendidos en el área de hospitalización de Medicina.
- Hoja de enfermería de pacientes con al menos 24 horas de estancia hospitalaria.
- Registro de enfermería del turno diurno y nocturno.
- Se revisará los cuatro registros en el orden respectivo (signos vitales, kárdex, balance hídrico, y anotaciones de enfermería) por niño.
- Historia clínica con Registros de Enfermería completos.

Exclusión:

- Historias clínicas con registros de enfermería incompleto.

IV.4. Definición Operacional De La Variable

VARIABLE	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DIMENSIONES	DEFINICIONES OPERACIONALES	INDICADORES
Registros de Enfermería	El registro brinda la imagen global de la situación del paciente, y tiene como utilidad, apoyar en las decisiones respecto a las necesidades de atención del paciente, ya que la enfermera es la única profesional que se encuentra las 24 horas continuas; este documento	Hoja Gráfica de Signos Vitales de Enfermería.	<p>Contiene como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombres y apellidos del Paciente. ○ Numero de historia clínica. ○ Departamento, servicio, número de cama. ○ Control de funciones vitales Peso ○ El total de balance hídrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • Por Mejorar • Deficiente

	<p>legal sirve como medio probatorio en un proceso judicial. El contenido muestra el nivel de la inasistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud. Sirve como base de información a los estudiantes porque brinda información sobre la naturaleza de la enfermedad con problemas medico similares. (10)</p>	<p>Registro del Kárdex Enfermería</p>	<p>Hoja de Control de Medicamentos (Kárdex) contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombres y apellidos del Paciente. ○ Numero de historia clínica. ○ Nombre producto farmacéutico. ○ Colocar hora en que empieza el tratamiento ○ Fecha de inicio y final del medicamento. ○ Nombre y Apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • Por Mejorar • Deficiente
--	---	---------------------------------------	--	--

		<p>Hoja de Balance Hídrico Enfermería</p>	<p>Contiene como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombres y apellidos del Paciente. ○ Servicio, numero de cama. ○ Fecha y hora de registro. ○ Peso. ○ Registro de ingresos y egresos el total del día. ○ Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera. (12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • Por Mejorar • Deficiente
		<p>Notas de Evolución de Enfermería</p>	<p>Contiene el proceso de atención de enfermería (PAE): Es un juicio clínico que determina la enfermera, basado en reacciones a situaciones críticas como problemas reales o de salud que tiene una persona o familia. Por lo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • Por Mejorar • Deficiente

			<p>general, para identificar como deben ser sus intervenciones. (9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota de Ingreso: Fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: Funciones vitales, Funciones biológicas, estado general. ○ Consigna datos subjetivos: Se obtiene de la entrevista ○ Consigna datos objetivos: valoración céfalo - caudal) ○ Consigna diagnósticos de enfermería: puede ser real o potencial, va el R/C para determinar los factores condicionantes. ○ Consigna plan de cuidados: el objetivo de la planificación. 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Registra las intervenciones de enfermería: Se registra las actividades ejecutadas al paciente ○ Evolución durante la hospitalización: transcribir datos significativos evidenciando con fecha y hora. ○ Transcribir hora de tratamiento realizado ○ Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera. 	
--	--	--	---	--

IV.5 Procedimientos y técnicas de recolección de datos

Técnica: Análisis documental.

Instrumento: Lista de chequeo.

Se presenta el proyecto en mesa de partes de la oficina de Docencia e investigación del Instituto Especializado del Niño para la aprobación de la aplicación del proyecto. Seguidamente se deja una copia al departamento de Enfermería para el conocimiento oportuno.

Una vez aprobado la aplicación del proyecto se procede a solicitar un permiso al área de admisión para la extracción de 147 registros de enfermería, las cuales se seleccionarán mediante un muestreo aleatorio simple. Y con el permiso del departamento de enfermería se solicitará un espacio en el departamento para el análisis de los registros de enfermería.

Se analizarán por día 8 historias clínicas que contienen registros de enfermería, elaborados en turnos diurnos o nocturnos según sea el caso; en el mes de agosto del 2018. De lunes a viernes durante un mes.

Para la ejecución de revisión de registro se realizarán siguientes pasos:

Verificación de la información: mediante la revisión de los registros con los parámetros de la norma, que se detallan a continuación:

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
Nombres Y Apellidos	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Tipo Y N° Seguro, Registro	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
N° Historia	Registra los datos completos	No Registra dato
Servicio/Piso/ Unidad	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
N° De Cama	Registra los datos completos	No Registra dato
Fecha De Ingreso Del Paciente	Registra dato	No Registra dato
Estancia	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que	No Registra dato

	la paciente está hospitalizado independientemente del servicio)	
Sexo	Registra dato	No Registra dato
Edad	Registra dato	No Registra dato
CONTENIDO DEL REGISTRO		
Registra Frecuencia Cardíaca	Registra dato (el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No Registra dato
Registra Frecuencia Respiratoria	Registra dato (el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No Registra dato
Registra Presión Arterial	Registra dato	No Registra dato
Registra Temperatura	Registra dato (el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No Registra dato
Registro Basal De La Temperatura En 36°C	Registra dato	No Registra dato
Registro Basal De Frecuencia Cardíaca En 60/Min	Registra dato	No Registra dato
Registro Basal De La Frecuencia Respiratoria 20/Min	Registra dato	No Registra dato
Registra Trazado Lineal (Color Rojo En 37°C)	Registra dato	No Registra dato
OTROS REGISTROS		
Registra Operación Y Días Post Operatorios Si El Caso Requiere	Registra dato	No Registra dato
Registra Total De Egresos En 24 Horas (Orina, Vómito, Heces, Drenajes, Etc.)	Registra dato	No Registra dato
Registra Días De Menstruación (Ginecología)	Registra dato	No Registra dato
Peso	Registra dato	No Registra dato
Talla	Registra dato	No Registra dato
Registro De Alergias Medicamentosas	Registra dato en color rojo	No Registra dato
Registra Componentes Sanguíneos	Registra dato de haberse administrado	No Registra dato
CALIDAD DEL REGISTRO		
Letra Y Números Legibles	Legible	No legible
No Borriones Ni Enmendaduras	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendaduras
Uso De Lapicero De Color Oficial (Azul Y Rojo)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardíaca y picos febriles)	No usa color oficial
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ		

RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.
NO CONFORMIDAD
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
CONCLUSIÓN
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS
RECOMENDACIONES
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE A MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES
DEBEN SEÑALAR QUE, Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	7	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	7	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	7	0	
REGISTRA TEMPERATURA	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36°C	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/MIN	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/MIN	7	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	7	0	
SUBTOTAL	56		
OTROS REGISTROS			

REGISTRA OPERACIÓN Y DÍAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	4	0	
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGÍA)	3	0	NA
PESO	4	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUÍNEOS	4	0	
SUBTOTAL	27		NA
CALIDAD DEL REGISTRO			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL(AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	6		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA	
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención

CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA		
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No Registra dato
EDAD	Registra dato	No Registra dato
PESO	Registra dato	No Registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No Registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No Registra dato
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No Registra dato
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No Registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato	No Registra dato
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No Registra dato
HORA	Registra dato (hora de administración del medicamento, exámenes, interconsultas, otros)	No Registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No Registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE EXÁMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc	Registra datos incompletos
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
FECHA Y HORA DE CITA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible

PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ÍTEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEMS.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSIÓN		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSa

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
PESO	1	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	1	0	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	1	0	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
SUBTOTAL	12		

CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA	7	0	
HORA	7	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	7	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.	16	0	
REGISTRO DE EXÁMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	7	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	7	0	NA
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	7	0	NA
FECHA Y HORA DE CITA	7	0	NA
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	16	0	
SUBTOTAL	81		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	1	0	
PULCRITUD	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	3	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	7		
TOTAL	100		
CALIDAD DEL KÁRDEX		CALIFICATIVO	
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento “/”, Suspensión”//”, no cumplimiento”0”		30	
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS		35	
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTERCONSULTA SOLICITADA		35	
Total		100	
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA
La ficha es un instrumento para evaluar la hoja de balance hídrico elaborado por Enfermería

La aplicación de la ficha se realizará por balance (24horas)		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
DATOS DE FILIACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N°SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N°DE CAMA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra dato	No Registra dato
PESO(Según sistema del servicio)	Registra dato	No Registra dato
FECHA	Registra dato	No Registra dato
CONTENIDO DEL REGISTRO		
REGISTRA LOS INGRESOS:		
VÍA ORAL/ENTERAL	Registra dato	No registra dato
VÍA PARENTERAL	Registra dato	No registra dato
AGUA DE OXIDACIÓN	Registra dato	No registra dato
TRANSFUSIONES	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE INGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto.
REGISTRA LOS EGRESOS		
DIURESIS	Registra dato	No registra dato
DEPOSICIONES	Registra dato	No registra dato
VÓMITOS	Registra dato	No registra dato
PERDIDAS INSENSIBLES	Registra dato	No registra dato
OTROS EGRESOS	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE EGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto.
BALANCE TOTAL	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto.
CALIDAD DEL REGISTRO		
REGISTRO LEGIBLE	Legible	No Legible
PULCRITUD	Sin borriones ni enmendaduras	Con borriones y/o enmendaduras
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(AZUL Y ROJO)	Sello y firma del que cierra el balance que debe ser al finalizar el turno noche.	Sin sello y/o firma.
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial: Azul de día (mañana y tarde), rojo de noche	No usa color oficial.
CÁLCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ITEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE		

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.
NO CONFORMIDAD
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
CONCLUSIÓN
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS
RECOMENDACIONES
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORM E	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N°DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PESO(Según sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
SUBTOTAL	13		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORM E	NO CONFORME	NO APLICA
VÍA ORAL/ENTERAL	6	0	
VÍA PARENTERAL	6	0	
AGUA DE OXIDACIÓN	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS:			
DIURESIS	6	0	
DEPOSICIONES	6	0	
VÓMITOS	6	0	
PERDIDAS INSENSIBLES	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
TOTAL DE EGRESOS	6		
BALANCE TOTAL	11		
SUBTOTAL	77		
CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORM E	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE	2		
PULCRITUD	2		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(AZUL Y ROJO)	4		

USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2		
SUBTOTAL	10		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.-NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA		
Si el ítems evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
II) OBSERVACIONES		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SEXO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos

N° DE CAMA	Registra dato	No Registra dato
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	Registra dato	No Registra dato
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	Registra dato	No Registra dato
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	Registra dato	No Registra dato
CONSIGNA DX. DE ENFERMERÍA	Registra dato	No Registra dato
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	Registra dato	No Registra dato
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra dato	No Registra dato
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	Registra dato	No Registra dato
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Registra dato	No Registra dato
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	Registra dato	No Registra dato
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRA LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ÍTEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEMS.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSIÓN		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
SEXO	2	0	
EDAD	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO.	2	0	
N° HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
N° DE CAMA	2	0	
SUBTOTAL	14		
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERÍA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
SUBTOTAL	81		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	1		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)	2		
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA

CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO	30		
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS	35		
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO	35		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

Validez y confiabilidad del instrumento.

Los instrumentos fueron elaborados por el Ministerio de Salud, y forma parte de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud; 2016 - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2

Ministerio de Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud (MINSA. DIGEPRES. DICAS).

Los instrumentos no han sido modificados lo que asegura que su validez y confiabilidad no serán alteradas.

IV.6 Plan de tabulación de Datos.

Realizando un análisis documental se analizarán los datos de los registros de Enfermería. Compuestos por el registro de signos Vitales, Kardex de Enfermería, Balance Hídrico y notas de enfermería. Codificados y clasificados estos datos en conforme, los cuales tendrán un puntaje según las variables del registro, no conforme tendría puntaje cero”0” y no aplica será la clasificación que tengan algunas variables que no son relevantes para considerarlo en la evaluación, se ingresarán a la base de datos creada en MS Excel para poder ser organizados y; luego, ser analizados con el programa Epi Info versión 7.2.

Para evaluar la calidad del llenado de los registros de Enfermería en los servicios de medicina pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Breña agosto-2018, se desarrollarán tablas de distribución de frecuencias según las escalas de clasificación del instrumento. (Satisfecho, por mejorar, deficiente). La escala de satisfecho tendrá un puntaje máximo esperado de 90-100%, mientras la escala de por mejorar tendría un puntaje máximo esperado de 60-89%; y finalmente la escala de deficiente tendría un puntaje mínimo esperado menor al 60%.

Para evaluar la calidad del llenado de los registros de Enfermería, según sus dimensiones Kardex, Balance Hídrico, Notas de Evolución de Enfermería y calidad del llenado de la Hoja Grafica de Signos Vitales de Enfermería, se obtendrán también tablas de distribución de frecuencias según las escalas de clasificación de dichas dimensiones.

(Satisfecho, por mejorar, deficiente)

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

V.1 Consideraciones Éticas

Para este proyecto de investigación se solicitará a través del departamento de Enfermería, la autorización para el acceso a las historias clínicas del área de Admisión del Instituto Especializado del Niño, y un ambiente respectivo para la aplicación del proyecto. El instrumento, es de carácter anónimo y confidencial, respetando los principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Así mismo la información que se recolectará solo será utilizada para el presente trabajo de investigación y para el departamento de Enfermería del Instituto en bien de la mejora continua de la atención a nuestros pacientes pediátricos

Trabajo de investigación basado en principios éticos:

Beneficencia: Los profesionales de enfermería se

beneficiarán a través de la retroalimentación del procedimiento.

No Maleficencia: La participación en el estudio no genera daño por ser un proyecto confidencial.

Justicia: Sera la evaluación neutral en cada registro.

Autonomía: La oficina de Admisión tiene la libertad de disponernos de las historias clínicas necesarias sin presión de ningún tipo.

V.2 Consideraciones Administrativas

CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GANTT

MESES SEMANAS ACTIVIDAD	TIEMPO DE DURACIÓN											
	JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Planteamiento del problema Formulación del problema,		X	X									
Justificación, Viabilidad y accesibilidad del estudio			X									
Propósito y objetivos				X								
Antecedentes y Bases teóricas.					X							
Diseño de estudio población y muestra						X						
Procedimiento, recolección de datos, tabulación							X					
Operacionalización de variables							X					
Consideraciones éticas y administrativas, cronograma y presupuesto								X				
Anexos y Referencias bibliográficas								X				
Revisión final									X			
Sustentación del proyecto										X		

V.3 Presupuesto

RECURSO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNIT.	COSTO
HUMANO				
Asesor	01	Horas	100.00	200.00
Estadístico	01	Horas	100.00	100.00
Investigador	100	Horas	20.00	2000.00
Digitador	50	Horas	10.00	500.00
MATERIAL				
Papel bond	200	Hojas	0.04	8.00
Fólder	10	Unid	0.50	5.00
Faster	10	Unid	0.30	3.00

Lápices	10	Unid	0.50	5.00
Lapiceros	20	Unid	0.50	10.00
SERVICIOS				
Transporte	60	Pasajes	1.50	90.00
Copias	200	Hojas	0.10	20.00
Impresiones	200	Hojas	0.20	40.00
Anillados	02	Unid	3.00	6.00
SUB TOTAL				2987.00
<i>Contingencia 20%</i>				597.40
TOTAL				S/ 3584.4

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dunbar Virginia M, Dolan Margaret B. Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es [Internet]. 1ª ed. España: Masson; 2002 [citado el 3 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=nSqzXx6jNEEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
2. El proceso de enfermería. Perú (citado el 13 de mayo del 2018). Disponible en: <https://elprocesodeenfermeria.wordpress.com/tag/lydia-hall/>
3. Torres M, Zarate G, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Rev Enf Univ (Internet). 2011 (citado el 3 de mayo del 2018). 8(1):17-24. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467
4. Souza A. Evaluación y mejora de registro de la valoración de enfermería en un Hospital de Brasil (internet) 2012 (citado el 05 de junio del 2017); disponible en <https://www.um.es/calidadsalud/trabajos%20finales/adriana%20catarina%20de%20souza/tfm%20defini%20adriana.pdf>
5. Gutierrez J, Esquen O, Gomez E. Nivel de Cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Madre-Niño San Bartolome, Rev Cientif Ciencias de la Salud (internet). 2014 (citado el 16 de Mayo del 2017); 7(1):51-56. Disponible en: <http://www.revistascientificas.upeu.edu.pe>
6. Calero y Gonzales. El registro de enfermería como parte del cuidado. Com.Post.Granada (internet) 2014 (citado el 15 de junio del 2017); disponible en: <http://www.menycep.es/congresos/granada2014/resumenes/c/11C.pdf>
7. Farfán G. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería. (citado el 25 de junio del 2017) disponible en:

<https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/13783/FarfanNitolGinaMarcela2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Morales Sandra. Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - hospital regional Moquegua - Perú” (citado el 20 de noviembre del 2017) disponible en: http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1
9. Cortez G, Castillo F. Guía para aplicar el proceso de Enfermería. Perú 2008. Cuarta ed.
10. López J, Saavedra C, Moreno M, Flores S. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de Enfermería. Rev Elect Med Sal y Soc (internet) 2015. Citado el 15 de mayo del 2018. 6(1):65-69. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318967258_Niveles_de_cumplimiento_de_calidad_del_registro_clinico_de_enfermeria
11. Minsa. Norma técnica de salud de auditoria de la calidad de la atención en salud. En: Yamaguchi L, Miguel C, Suarez T, Sevillano L, Loayza J. 1°ed. Lima. GrupoRaso, 2016.p. 52-63. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3811.pdf>
12. Minsa. Norma tectica de salud para la gestión de la historia clínica. Resolucion ministerial N°214 – 2018/Minsa. Pag. 24
13. Docplayer.es [Internet] Lima: Docplayer; 2009 [actualizado el 2018; citado 27 de oct 2018]. Disponible en: https://docplayer.es/13784738-Universidad-nacional-mayor-san-marcos-de-medicina-unidad-de-post-grado-programa-de-segunda-especializacion-en-enfermeria.html#show_full_text

ANEXO

ANEXO 1: Instrumento

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

1. Hoja Grafica de Signos Vitales

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO			
N° HISTORIA			
SERVICIO/PISO/ UNIDAD			
N° DE CAMA			
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE			
ESTANCIA			
SEXO			
EDAD			
SUBTOTAL			
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA			
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA			
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL			
REGISTRA TEMPERATURA			
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36°C			
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/MIN			
REGISTRO BASAL DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/MIN			
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)			
SUBTOTAL			
OTROS REGISTROS			
REGISTRA OPERACIÓN Y DÍAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE			
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)			

REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGÍA)			
PESO			
TALLA			
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS			
REGISTRA COMPONENTES SANGUÍNEOS			
SUBTOTAL			
CALIDAD DEL REGISTRO			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES			
NO BORRONES NI ENMENDADURAS			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL(AZUL Y ROJO)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

2. Registro del Kardex de Enfermería

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO			
N° HISTORIA			
SERVICIO/PISO/ UNIDAD			
N° DE CAMA			
EDAD			
PESO			
FECHA Y HORA DE INGRESO			
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA			
GRADO DE DEPENDENCIA			
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS			
SUBTOTAL			

CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA			
HORA			
REGISTRO DE DIETA INDICADA			
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.			
REGISTRO DE EXÁMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO			
REGISTRO DE INTERCONSULTAS			
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES			
FECHA Y HORA DE CITA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			
SUBTOTAL			
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES			
PULCRITUD			
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
CALIDAD DEL KÁRDEX		CALIFICATIVO	
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento “/”, Suspensión”//”, no cumplimiento”0”			
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS			
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTERCONSULTA SOLICITADA			
Total			
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA 3.

Hoja de Balance Hídrico Enfermería

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO			
N° HISTORIA			
SERVICIO/PISO/UNIDAD			
N°DE CAMA			
EDAD			
PESO(Según sistema del servicio)			
FECHA			
SUBTOTAL			
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VÍA ORAL/ENTERAL			
VÍA PARENTERAL			
AGUA DE OXIDACIÓN			
TRANSFUSIONES			
TOTAL DE INGRESOS			
REGISTRA LOS EGRESOS:			
DIURESIS			
DEPOSICIONES			
VÓMITOS			
PERDIDAS INSENSIBLES			
OTROS EGRESOS			
TOTAL DE EGRESOS			
BALANCE TOTAL			
SUBTOTAL			
CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE			
PULCRITUD			
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(AZUL Y ROJO)			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO		90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
POR MEJORAR		60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
DEFICIENTE		<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
III.-NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			

V.-RECOMENDACIONES

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA

4. Registro de las Notas de Evolución de Enfermería

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA			
III) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
IV) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS			
SEXO			
EDAD			
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO.			
N° HISTORIA			
SERVICIO/UNIDAD			
N° DE CAMA			
SUBTOTAL			
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA			
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS			
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS			
CONSIGNA DX. DE ENFERMERÍA			
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS			
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA			
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS			
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS			
SUBTOTAL			
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA

LETRA LEGIBLE			
PULCRITUD			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO			
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS			
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO			
TOTAL			
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.-CONCLUSIÓN			
V.-RECOMENDACIONES			

Fuente: Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - MINSA