



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA - 2017”**

PRESENTADO POR:

BACHILLER EDUARDO ROSENDO CHURA COLANA

ASESORA

MGR. JACKELINE LIZBETH RAMOS YUCRA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

MOQUEGUA – PERU

2019

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDO.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE GRAFICOS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	6
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	6
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
1.3 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	8
2.2 BASES TEORICAS.....	13
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	39
CAPITULO III: METODO.....	42
3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	42
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	42
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	42
3.4 INSTRUMENTO.....	43
3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	44
3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	46
CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	47

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	47
4.2 DISCUSION DE RESULTADOS.....	57
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
ANEXOS.....	65

INDICE DE TABLAS

TABLA 01	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	47
TABLA 02	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia según su dimensión de estructura Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	49
TABLA 03	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia según dimensión de contenido Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	51
TABLA 04	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia por su estructura según sus características Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	53
TABLA 05	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia por su contenido según características Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	55

INDICE GRAFICOS

GRAFICO 01	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	48
GRAFICO 02	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia según su dimensión de estructura Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	50
GRAFICO 03	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia según dimensión de contenido Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	52
GRAFICO 04	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia por su estructura según sus características Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	54
GRAFICO 05	Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia por su contenido según características Hospital Regional Moquegua I semestre 2017.....	56

RESUMEN

Los registros de uso del personal de enfermería tienen gran relevancia en el trabajo hospitalario y comunitario, donde se evidencia los cuidados que se ofrecen al paciente los cuales tienen que cumplir diferentes criterios los mismos que deben llenar formatos de diferente índole que conforman parte de la historia clínica, siendo estos registros de gran trascendencia sobre todo para evitar problemas médico-legales.

El estudio titulado “Calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua I semestre 2017”, tiene como propósito determinar la calidad de dichos registros.

Es un trabajo no experimental y descriptivo, diseño retrospectivo. El instrumento utilizado fue una lista de verificación validada por el juicio de expertos de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-tacna, se aplicó un examen de confiabilidad, obteniendo un alfa de cronbach del 89.9%.

La población fue de 7062 y una muestra de 364 pacientes con historias clínicas de prioridad I correspondiente al primer semestre 2017. Para el procesamiento y análisis de la información se aplicó el paquete estadístico SPSS 22.

Se concluyó que el 59.62 % de los registros de enfermería en el servicio de emergencia durante el I semestre 2017 son de mala calidad. El 50.55 % según su dimensión de estructura tiene mala calidad y el 95.05 % de los registros de enfermería estudiadas tienen mala calidad según su dimensión de contenido con respecto a la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE).

Palabras claves: Calidad, registros de enfermería, historia clínica, emergencia, pacientes, prioridad I, proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

The records of the use of nursing staff are of great relevance in hospital and community work, where the care offered to the patient, which have to meet different criteria, which must fill out different formats that make up part of the story, is evident clinical, being these records of great importance especially to avoid medical-legal problems.

The study entitled "Quality of nursing records in patients with priority I of the emergency service Regional Hospital Moquegua I semester 2017", aims to determine the quality of these records.

It is a non-experimental work and descriptive, retrospective design. The instrument that was used was a checklist validated by expert judgment by the Jorge Basadre Grohmann-tacna National University, a reliability examen was applied, obtaining a cronbach alpha of 89.9%.

The population was 7062 and a sample of 364 patients with clinical records of priority I corresponding to the first half of 2017. For the processing and analysis of the information, the statistical package SPSS 22 was applied.

It was concluded that 59.62% of the nursing records in the emergency service during the I semester 2017 are of poor quality. 50.55% according to their structure dimension has poor quality and 95.05% of the nursing records studied have poor quality according to their content dimension with respect to the application of the nursing care process (PAE).

Keywords: Quality, nursing records, medical history, emergency, patients, priority I, nursing care process.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería, es aquel cuidador del área de ciencias de la sanidad, que participa de práctica global, guiándose del sistema científico, tecnológico y sistemático en programas adonde debe interpretar promocionando, previniendo y actuando durante la recuperación y rehabilitación de la sanidad. Brinda sus servicios otorgando la validación en el cuidado de la persona, los participantes de la gente y la colectividad. Su quehacer depende todavía de la civilización humanista, el contexto social, económico y cultural en el que desarrolla su ocupación estos se consideran factores que incrementan la clase de vitalidad de la localidad así como el confort habitual (1).

El Hospital Abel Gilbert Pontón en Ecuador (2013), identificó que el 89 % de los profesionales de enfermería tienen conocimientos con respecto aplicación de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, no obstante el 100 % de profesionales de enfermería, no generan los diagnósticos de enfermería el cual resulta alarmante por las conclusiones obtenidas, siendo para el enfermero un acto importante ligado al proceso de atención de enfermería (2).

En el Perú, el trabajo de la enfermera (o) está regida por la ley del trabajo de la Enfermera Peruana ley N° 27669. Ley que es reconocida por el Ministerio de Salud, se configura como un indicador que mide la calidad hospitalaria de acuerdo a las diferentes especialidades en la enfermería guiado por un proceso de atención que desempeña el enfermero, el mismo que se encuentra en base al modelo SOAPIE, estos indican el método sistemático del cuidado que se administra al paciente, siendo de corte individual (3).

Los registros de uso del profesional de enfermería evidencia el cuidado que se brinda al paciente, conformando la atención integral de calidad que se debe brindar al paciente, con una existencia probable de una información y comunicación adecuada, lo que facilita brindar un cuidado continuo y fortalece el trabajo de enfermería el mismo que se ampara en el cumplimiento legal de todo el quehacer

de enfermería sirviendo de base técnico-científico para el manejo y gestión del recurso humano (4).

Un estudio realizado en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2015, donde se determinó que el 77.42 % de las notas de enfermería son de regular calidad, seguido 14.52 % de las notas de enfermería con buena calidad y por último se obtuvo que el 8,06 % tienen mala calidad (5).

En el período del entrenamiento laboral del enfermero, se puede percibir que las anotaciones generadas por el personal de enfermería en el servicio de Emergencia no son ejecutadas de forma conveniente; por lo que no se podría encontrar continuidad en el cuidado del paciente por escasear de información necesaria para ofrecer cuidados continuos entre un turno y el subsiguiente. El servicio de urgencia brinda atención por todas las prioridades registrando un total de 7062 atenciones en el primer semestre 2017 de las cuales más o menos 60 % son prioridad I lo que representa la imperiosa urgencia de que estos cuidados de enfermería sean adecuados y continuos. Por lo descrito anteriormente es que se decide proceder el presente afán de experimentación titulado: “calidad de registros de enfermería en pacientes con Prioridad I servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua durante el I semestre 2017”

El problema de investigación se considera justificable por su originalidad y solo habiéndose registrado un antecedente de investigación con enfoque similar nivel local y regional.

En el presente estudio proyectado se fortalece en el estilo científico porque se utilizó el razonamiento científico el mismo que transparenta la consideración de los registros de enfermería para desplegar un cuidado continuo con los pequeños eventos posibles para el paciente y el enfermero.

Se ha pensado una importancia social por el favor que el labor de investigación brindara al profesional de enfermería para optimizar la atención del cuidado humanizado al paciente puesto que los buenos registros favorecen en la

comunicación del grupo de trabajo y sensibiliza para el cumplimiento de los preliminares del proceso de atención de enfermería.

El presente trabajo de investigación es factible ya que se cuenta con tiempo, recursos humanos, materiales, presupuesto, literatura especializada, conocimiento metodológico, asesoramiento y acceso a historias clínicas previa autorización de la dirección ya que son el objeto de investigación.

La presente investigación fundamenta su relevancia por el uso adecuado de documentos que van a garantizar en la atención al paciente así como aumenta la seguridad medico-legal para el paciente y personal de enfermería.

Así mismo el problema elegido responde a los lineamientos de política investigativa de la facultad de ciencias de la salud al guardar congruencia con la problemática planteada y relevancia exigidos en una investigación.

El propósito del desarrollo de la presente investigación es la determinación del nivel de calidad en el uso de los registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de Emergencia Hospital Regional Moquegua durante el I semestre 2017.

Una dificultad presentada es el tiempo considerado para la recolección de datos, el cual supero el tiempo estimado debido a que las historias clínicas incluidas en el estudio no se encontraban debidamente archivadas ya que en estos momentos el Hospital Regional Moquegua se encuentra en un Hospital de contingencia y el espacio destinado para el archivo de historias clínicas es reducido.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio emergencia Hospital Regional Moquegua durante el primer semestre 2017?

1.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de los registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua durante el primer semestre 2017.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar la calidad de los registros de enfermería según la dimensión estructura en pacientes con Prioridad I del servicio de emergencia Hospital Regional Moquegua durante el primer semestre 2017.
- ✓ Evaluar la calidad de los registros de enfermería según la dimensión contenido en pacientes con Prioridad I del Servicio de Emergencia. Hospital Regional Moquegua durante el primer semestre 2017.

1.3 CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Sub-Indicador	Unidad Medida	Escala
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA	ESTRUCTURA	Continua	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Significativa	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Legible	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Comprensible	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Precisa	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Libre de Errores	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Fecha y Hora	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Firma	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
	CONTENIDO (PAE)	Valoración	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Diagnostico	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Planeamiento	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Ejecución	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal
		Evaluación	Si No	Buena Regular Mala	Ordinal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Poma R., et al (2015) Investigaron sobre la “Aplicación del proceso de atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica”. Estudio en donde concluyeron que la gran mayoría de auxiliares técnicos no cumple con guardar el parecer en nómina a las dificultades de salubridad que presenta el paciente, además no identifica el flujo o los apuros en valentía que se podrían revelar. Se tiene por otro flanco que en la cabalgada de planeación se aplica el cambio de atención de enfermería en suerte inadecuada, dado que no prioriza repertorio del dictamen, así como ponerse al día y conservar los objetivos de acuerdo a los enconos visibilizados. Por último, se recomienda la perdurabilidad del argumento científico en la marcha de elaboración, obteniendo como salido del examen realizado, que la gran parte de personal de enfermería que acomodación en el servicio; efectua el sello de cada intervención en orden (10).

Quispe A., et al (2015) Realizó un estudio sobre “Características personales y laborales asociadas a la calidad de la elaboración de notas de enfermería, Hospital Carlos Monge Medrano”, estudio en el cual concluyen en relación a determinar características que se encuentren asociadas con la calidad de la elaboración o registro de notas se obtiene que el 51,61 % labora en el área de cirugía, 58,06 % se encuentra contratado en cuanto al aspecto de

condición laboral, el 61,29 % tiene como tiempo de servicio, alrededor de cinco años, el 56,45% trabaja en el hospital, existe un 59,68%, como relación interpersonal regular. Por último, el 77,42 tiene una calidad regular en las notas de enfermería, el 14,52% tiene calidad buena, y el 8,06 % son deficientes (5).

Quino L. (2014) Realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimiento y actitud sobre las notas de enfermería modelo SOAPIE en enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno”. De la investigación se concluye que existe un conocimiento excelente en cuanto a la presentación de enfermeras hacia el paciente, así como la datos personales de quien toma notificación del SOAPIE, respecto a la ordenamiento, objetivos y fin del SOAPIE se obtiene como conocimientos de principios deficiente, por otra parte, en relación a las siglas, significado y contenido SOAPIE, se obtuvo una calidad de conocimiento bueno. No obstante, se registra que existe un alto porcentaje de calidad regular y deficiente en aplicación del diagnóstico. El profesional de enfermería que realiza labores en el servicio de hospitalización, en ocasiones no realiza y aplicar los registros de enfermería en modelo SOAPIE, el 65%, con parcial actitud positiva, se tiene el 32%. Se obtuvo como resultado extremo, que existe concepto regular a conocimientos de los principios y la actitud ante el uso y aplicabilidad y un ánimo indeciso (11).

Socop M. (2014) en su tesis: “Evaluación de la nota de enfermería en los padrones clínicos del ministerio de cirugía de damas, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala Agosto a Octubre”. Del estudio, concluyó que el 62% prueba la precisión de la redacción en aclaraciones, el 54% de las circunstancias, se encuentra con letra clara y asequible en su redacción, se tiene que el 67% no cumple con desobstruir una visión popular del estado del paciente, por otro lado, se determinó que el 51% de las notas fueron redactadas en orden inductivo, el 98% de las cuentas escritas, fueron redactadas con el lapicero de determinado color, normado según el relevo equivalente, el 83% registra información de cómo es que se

recibe al impasible. El 91% de las notas tomadas por el personal de enfermería, carece del directorio de tratamientos congruos, así como fármacos completos al paciente en los determinados turnos de los gremiales de la salubridad (9).

Cedeño S., et al (2013) Realizaron el trabajo de exploración sobre “Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón”, estudio en el cual se sometió a evaluación la calidad del contenido de los registros de enfermería, obteniendo como resultado que el 11% de ellos cumplían con los registros de enfermería, como requisitos de calidad de la Historia Clínica Única, siendo el 89% de los registros no cumplen con lo requerido. Concluyendo que existe una inadecuada calidad en los registros, es decir, en la recopilación de datos, el mismo que se equipara a un nivel de cumplimiento indebido, conformando el 20%, es decir, se tiene que más de los dos tercios del personal de la salud, supone que la afluencia de pacientes que se encuentran bajo su cargo, causa perjuicio, en el desenvolvimiento de sus funciones (2).

Alarcón M. (2013) En su trabajo “Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Hipólito Unanue de Tacna” Concluyo que el 93.5% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen adecuado escalón directorios de Enfermería, listado un 6,5% ras regular. La extensión disposición experimentación que el 87% de Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen adecuado nivel de registros. En cuanto a dimension contenido con aplicacion Pae el 95,7% de auxiliares técnicos (as) tienen un ras adecuado (15).

López C., et al (2012) En su estudio sobre "Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de Hospitalización en una clínica del tercer nivel de atención de la ciudad de Cartagena". Estudio del cual concluyen que la labor del personal de enfermería, ejecuta su inicio de manera adecuada en un 100%, por otro lado, entre enfermeros y auxiliares del área

de la salud corresponde al 27 y 70% que no toman registro del estado evolutivo del paciente cuando se encuentran desarrollando labores de turno, colocando en evidencia que no existe cierto grado de continuidad con el cuidado del paciente, asimismo, se tiene que el 23% de personal de enfermería, así como el 57% que conforman parte de los auxiliares de enfermería no toman el registro de sistema evolutivo en el cual se encuentra el paciente (7).

Gutiérrez J., et al (2012) Realizaron un estudio de investigación sobre “Nivel de cumplimiento de los registros de enfermería en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé” concluye que más del 50% de personal de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia cumplen con las notas de enfermería con un adecuado ras de censo y un 36,6% tiene un plagado regular (12).

Morales S. (2012) En su tesis “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - Hospital Regional Moquegua - Perú”, concluyo que la 54,7% tiene una regular condición de registros de enfermería, con respecto a su dimensión de organización con 79,7% con regular clase y el 96,9% presentan mala calidad de documentos de enfermería en cuanto a extensión de contenido (PAE) (16).

Córdova G., et al (2010) estudiaron sobre la “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, Piura - Perú”, concluyeron en que el 74.2% del personal de enfermería tienen inadecuada calidad de registros de enfermería, seguido de un 19.3% con una regular calidad y sólo un 6.4% de adecuada calidad. (14)

Mariobo D. (2009) Realizó un estudio sobre “Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación del Instituto Nacional de Oftalmología”. Estudio en donde concluye que el personal de enfermería, así como los auxiliares de enfermería no cumplen adecuadamente con la toma del registro evolutivo por causas de exceso de trabajo, poca

comunicación entre el personal que desarrolla actividades de cuidado del paciente, así como el desconocimiento de los registros por parte del usuario, es decir el paciente. concluye también que el personal de enfermería del INO tiene un conocimiento bajo sobre el llenado y su calidad de registros (8).

Anglade C. (2006) Investigó sobre las “características de las anotaciones de enfermería y creadores personales e institucionales asociados a su extracción en el Hospital Nacional Dos de Mayo”. Se concluye: Que las anotaciones de enfermería son 59,2% medianamente significativa, siendo el 14,5% significativa, lo cual testimonia que toman en tabla comarca física más no la psicológica. En listado a los criterios de extirpación de las anotaciones encontramos que el 18,3% son justos y el 65% es medianamente adecuado. Entre los poetas institucionales asociados a la fuente de los salvoconductos, el suministro de recurso justo y la sobre desazón de cargo, van a tramitar como bártulos críticos que desfavorecen su egoísmo 73,3%; por otraparte los inconvenientes de racionalización de memorial admirable son inobjtables para la importación de rastreos (13).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Definición de calidad:

La OMS, define a la calidad como un recurso que se caracteriza por un nivel alto, es recomendado para el desarrollo excelente en el área profesional, la calidad es sinónimo de disminución de riesgos para el uso del usuario, produciendo elevados grados de satisfacción de acuerdo a cada necesidad, con un impacto positivo en el uso del área de la salud.

La calidad es un estándar que mide el grado de utilización y el modo de satisfacción de los usuarios, quienes hacen uso exclusivo de determinados productos o servicios.

En síntesis, la calidad permite que el producto o resultado sea eficiente, ello genera competencia, dado que es sinónimo de hacer lo correcto, obteniendo como resultado, soluciones inmediatas e idóneas, en sencillos ejemplos, la calidad es practicar el orden, la puntualidad, innovar cada día, hacer uso de un vocabulario adecuado, que el usuario confíe en nuestra labor, siendo contraria la calidad cuando no se cumple parte de las competencias en mención (17).

Las personas que se encuentran inmiscuidas en el sistema sanitario encuentran más sentido a la definición de calidad, dado que es el resultado de los servicios o prestaciones que brindan, es un nivel de calificación. Ellos, definen a la calidad como la general aceptación de la población usuaria, determinado por un espacio que tiene acceso a la tecnología. La población, se dificulta en su entendimiento sobre la calidad, aquél elemento que se encuentran íntimamente relacionado con el uso de recursos que tengan a su disponibilidad (18).

Joseph Juran, refiere que para comprender la definición de calidad, es necesario tener consideración a las perspectivas internas y externas, la calidad se resume al desempeño, utilidad y efectividad del producto, la satisfacción del usuario, productos altamente calificados, libre de deficiencias, evitando que el cliente muestre insatisfacción. Juran manifiesta que la calidad se fundamenta en tres procesos principales, al que se le denomina como Trilogía de la Calidad:

1. El proceso de planeación de la calidad.- es aquella fase en donde se da por cumplido los objetivos perseguibles del producto.

2. Proceso de cumplimiento de los objetivos.- Esta fase se ejecuta en el transcurso de las operaciones que tienen por finalidad mejorar el producto.

3. Proceso de alcanzar niveles de desempeño sin precedentes (19).

La Real Academia Española, define a la calidad como resultado de un conjunto de propiedades que se encuentran estrechamente ligadas al producto. Establece dos elementos de medición de la calidad:

1. Características o propiedades del producto.
2. La valoración del producto a través de la bondad (20).

2.2.2 Dimensiones de la calidad

A.- Dimensión técnico – científica, referida al aspecto científico-técnico de la atención, cuyas características básicas son: (21)

- ✓ **Efectividad:** Es una característica evidente y determinada por la práctica y aplicación, dado que se obtiene resultados favorables como la mejora del estado de salud de la persona o la comunidad que ha sido atendida.
- ✓ **Eficacia:** Cuando el personal de salud realiza las labores propias, así como también el cuidado y la atención de sus pacientes, se obtienen resultados ideales.
- ✓ **Eficiencia:** Esta característica es determinada por el otorgamiento de calidad al menor costo, o en síntesis el brindar el más alto nivel de calidad en los servicios, asimilando la cantidad de recursos determinados y fijos.
- ✓ **Continuidad:** Se refiere a aquella prestación de servicios ejecutada de forma ininterrumpida, es decir, no paralizaciones, no repeticiones, no suspensión del servicio.
- ✓ **Seguridad:** Esta característica hace alusión a la seguridad que brinda la estructura del centro hospitalario, así mismo, los cuidados y procesos de atención establecidos y ejecutados, con la finalidad de preservar la vida humana.

- ✓ **Integralidad:** Esta característica se refiere a que cada área del centro de salud debe de brindar las atenciones correspondientes al estado de salud de la persona, asimismo, la óptima evaluación y diagnóstico de lo que requiera.

B.- Dimensión humana, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- ✓ El personal de salud tiene el deber de respetar los derechos de las personas, así como de los pacientes, a su cultura, y las características individuales de cada persona.
- ✓ Otorgar una información completa, oportuna y veraz, la misma que debe ser entendida por el usuario.
- ✓ Brindar un trato de amabilidad, cordialidad, una comunicación empática y cálida hacia el usuario u atención.
- ✓ Deben de prestar atención a las necesidades de la persona, percepción, ello debe aplicarse al usuario que se encuentra internada también.
- ✓ La aplicación diaria de la ética, en relación a los valores aceptados por la sociedad, regidos por principios deontológicos y éticos, orientando a la conducta y determinando deberes del personal de profesionales y técnicos en el área de la salud.

C.- Dimensión del entorno: Esta dimensión se encuentra estrechamente relacionada a la disposición de las facilidades para el óptimo servicio del personal de salud, generando una expectativa de valor agregado por la labor del personal, sustentando los costos sostenibles y razonables (21).

El entorno en el cual se ejecuta la atención a los pacientes o usuarios, debe preservar limpieza, comodidad, orden, ambientación, área de privacidad y que el usuario perciba

confianza por parte del personal de salud, así como del servicio que se otorga.

La producción de los servicios de salud, se compone de lo siguiente:

- a. **Estructura:** Se refiere al espacio por el que está formado el centro de atención médico, así como la cantidad de ambientes determinados para diferentes áreas, la distribución de los ambientes y las fuentes de ventilación. Se incluye la conformación de las áreas de atención, el funcionamiento del área de consulta, se considera la organización de su estructura, hasta los horarios de servicio.
- b. **Proceso:** Se entiende por proceso a las acciones realizadas por el personal de enfermería en atención del servicio que brinda al paciente, es una evaluación constante al que somete al personal de enfermería, colocando a prueba sus conocimientos, el uso de la tecnología disponibles de ciencias de la salud, se incluye el correcto registro de todo lo que sucede con el paciente en referencia a su cuidado, y el proceso de atención.
- c. **Resultados:** Se disminuyen los índices de mortalidad, morbilidad, concibiendo mejoras en el estado de salud de los pacientes, usuarios e internos.

2.2.3 Registros de enfermería

A.- Generalidades:

La Historia Clínica, es un salvoconducto conformado por la consultoría del índice de atenciones del paciente en despachos de sanidad, convirtiéndose

en informe detallado del estado de salubridad del paciente. El personal de enfermería tiene la devolución de censar confesión clara, lógica y fiable, precisando la presencia otorgada a través de la diligencia del enjuiciamiento de cuidado y atención al paciente (1).

La encaje del personal de enfermería reside en la sufrimiento acogedor y comunitario realizado de manera diaria, haciendo usufructo de registros e informes, rudimentos que benefician la reducida comunicación real entre el equipo especializado de clases de la salud, todo ello con el único fin de inaugurar beneficios de calidad en los desarrollos de atención para los usuarios, los auxiliares técnicos (as) hacen sistema de la estructura de especificación y la cita, siendo entre otros, los más comunes en la labor sanitaria.

Los censos conservan un conjunto de documentos sistematizados y metódicos de lo que acontece en la salubridad del paciente por periodo determinado, todo ello debe de ser de saber por el personal de salud que trata al paciente. Entre los registros e informes se tienen las anotaciones, el kardex de enfermería, el colmado de la hojilla de balance hídrico, y la hojilla representación de las actuaciones vitales

B.- Finalidad de los registros de enfermería:

Los registros de enfermería cumplen con la finalidad de transmitir la basta información de los desarrollos de cuidados y la atención brindada por el equipo del área de la salubridad, tanto doctores, auxiliares técnicos, o equipo sanitario. Se registra los bienes que utiliza el personal de enfermería para calibrar un dictamen e identificar el problema.

Este registro, funciona como una información o sumario integral del estado de vitalidad del paciente al tiempo de su aparición, su estancia y la salida.

C.- Utilidad de los registros de enfermería:

Resulta importante señalar alguna de las utilidades que brinda los registros de enfermería (1):

- ✓ Con el registro de enfermería, previa lectura y análisis, se toman decisiones respecto del estado de salud en el que se encuentra la persona o el usuario, siendo principal partícipe, el personal de enfermería, dado que se encuentra en directa comunicación y contacto con el paciente, en el transcurso de las horas en las que se ubique en el centro hospitalario.
- ✓ El registro de enfermería, así como el conjunto de documentos que obran en la Historia Clínica, son útiles para someterlos a prueba dentro de un juicio. El contenido que se encuentra inscrito en el registro informa sobre el número de asistencias recibidas por el paciente o usuario dentro del establecimiento de salud.
- ✓ Se utiliza para análisis de los estudiantes de ciencias de la salud, coadyuvando con el entendimiento de las diversas enfermedades y síntomas de los cuales pueda padecer una persona, consiguiendo el estudiando conocer la naturaleza de las enfermedades.
- ✓ Mediante el recojo de datos en los registros de enfermería, se reúne un conjunto de información, sirviendo ello para el profesional de enfermería, así como para su desarrollo profesional, en hacer uso de dicha información para la realización de estudios de investigación, obteniendo resultados estadísticos relacionados con los cuadros de complicación en la salud o frecuencia en los trastornos.
- ✓ Los registros de enfermería condicen en el profesional de ciencias de la salud a identificar los diversos problemas o complicaciones que se pueden presentar, por ello, dicho profesional debe interpretar adecuadamente los datos que obtiene de todos los registros y la experiencia de acción en cada uno de ellos, no solo los datos obtenidos, sino también, aquel análisis mediante la observación y la entrevista.

- ✓ Finalmente, los registros de enfermería son de gran importancia, no solo porque crea el enriquecimiento, sino porque promueve el avance de la disciplina de la especialidad de enfermería, dado que las actividades que se realizan, son propias de la profesión, al brindar atención a los pacientes, se produce una satisfacción de las necesidades que este presenta, asimismo, lo motiva con emplear técnicas de atención, con la finalidad de otorgar servicios idóneos y calidad de atención que otorgan los profesionales que conforma cada equipo de salud.

D.- Características de los registros de enfermería:

Los registros de enfermería deben estar insertados con las siguientes características:

- ✓ **Objetivo.-** Basados en hechos reales, sin la transcripción de opiniones personales previas, prejuicios o juicios.
- ✓ **Precisos y exactos.-** Los datos registrados e insertados en el formato, deben ser legibles y claros, a consecuencia de que las demás personas también deban de entenderla, de lo contrario, no estaría cumpliendo con su función de claridad en la escritura.
- ✓ **Simultaneidad.-** Los registros deben ser realizados en el mismo tiempo de la asistencia que el personal de salud brinda, no es recomendable dejarlos el momento en el que termina el turno.

Aquello que no se debe anotar:

- ✓ No se debe calificar la conducta o el comportamiento del paciente.
- ✓ El personal de salud no puede colocar información impertinente, como la falta de personal o los conflictos que suscitan en el ambiente laboral.

- ✓ El personal de enfermería debe evitar colocar o utilizar términos como, *sucedio de forma accidental, de alguna forma*. Las expresiones son clínicas y médicas.
- ✓ No debe mencionarse que el informe se presenta con incidencias o errores, el documento redactado resulta ser un informe confidencial, por lo tanto, debe basarse a hechos reales.
- ✓ En el registro no se deben de consignar nombres, datos personales de otro compañero de habitación en el documento de paciente distinto, dado que se estaría atentando con la confidencialidad.
- ✓ No se debe consignar información, como las comunicaciones que se efectúan a los compañeros o superiores sobre hechos suscitados, la manera, forma y circunstancias en la ha tomado ocurrencia tal hecho.
- ✓ El uso de regla normotécnica para un mejor organización del registro:
VIRA, valoración, intervención, respuesta, acción.
DAR, datos, acción, respuesta.
DIE, datos, intervención, evaluación.
PIE, problemas, intervención, evaluación.

E.- Tipos de registros de enfermería:

Se pueden utilizar las gráficas narrativas, u orientadas a resolver problemas "SOAPIE", entre ellas:

- a. **Gráficas narrativas.-** es la más usada, se registra tiempos específicos, cada área de las ciencias de la salud considera registrar lo pertinente, el uso de la gráfica narrativa se debe al estado en el que se encuentra el paciente, se puede combinar con diversas gráficas.
- b. **Registros orientados al problema.-** Este uso de registro se determina distintos aspectos del estado de salud de la persona, así como el diagnóstico, la intervención del equipo médico y su evaluación.

- c. **Lista de problemas.-** Se registra en conjunto los problemas o complicaciones existencias y potenciales.
- d. **Anotaciones de evaluación.-** Este aspecto responde al estado del paciente de cómo contesta a las determinadas acciones ejecutadas por el personal de la salud.
- e. **Gráficas por excepción (GPE).-** Este documento y todas las incidencias son redactadas en una hoja de curso clínico para enfermería y médico, utilizado las veinticuatro horas, registrando la valoración e intervenciones al paciente por el personal de enfermería.

2.2.4 Calidad de registro de enfermería

Se considera a un adecuado registro por parte del personal de enfermería, cuando esté en su función y labor desarrolla la recopilación de información suficiente, permitiendo así que otro profesional la entienda y actúe como corresponde en determinadas situaciones, asumiendo sin dificultad la labor del cuidado del paciente (22).

La calidad de información que obran en los registros de enfermería se expresa debido al seguimiento de la aplicación del procedimiento que se mencionó para su elaboración, toda vez que mientras el documento se inserte información objetiva, clara y veraz, tendrá un beneficio y disminuirá el riesgo de salud en el paciente.

Para conseguir que los registros de enfermería sean de calidad, deben de ser actualizados, concisos, organizados y confiables por la objetividad en la que se basa la información.

2.2.4.1 Normas para la elaboración de los registros de enfermería:

Deben basarse los registros del personal de enfermería bajo lineamientos de normas establecidas, conservando los siguientes aspectos:

- ✓ Se describa objetivamente sin emitir o redactar opiniones, prejuicios o juicios personales. Se debe considerar incluir la información que otorgue el paciente, cliente, usuario, familia y otros miembros de salud que conformen el equipo.
- ✓ Se evite los términos de *justo, normal, bueno*, entre otros. El uso de generalizaciones en los informes o registros dejan o se tienden a diversas interpretaciones en el lector.
- ✓ La información y datos registrados, deben estar descritos detalladamente.
- ✓ El uso de abreviaturas no deben de ser usados en los registros, no obstante, se podrán utilizar aquellos que se encuentren permitidos por la institución.
- ✓ Se debe consignar los datos completos del paciente para su plena identificación.
- ✓ Consignar fecha y hora de cada anotación.
- ✓ El informe o registro debe ser redactado objetivamente, con información significativa, clara y sencilla.
- ✓ Se utilice ortografía adecuada y letra comprensible.
- ✓ En el registro no se debe de observar enmendaduras, borrones que afecten la veracidad y originalidad del documento.
- ✓ En el caso de que se presente alguna equivocación se debe tachar o colocar entre paréntesis la palabra incorrecta, y colocar la rúbrica en caso de haberse equivocado.
- ✓ Se culmina el registro con firma y sello, asimismo se consigna la colegiatura del profesional que redactó el informe y la anotación dentro del registro.

2.2.4.2 Pasos para la elaboración de las anotaciones de enfermería

En el proceso de enfermería se aplican métodos en donde se hace uso de teorías, las mismas que son sistematizadas de manera habitual por el profesional de ciencias de la salud, por lo que es lógico afirmar que el registro de enfermería reúne un conjunto de información que refleja o debe reflejar los pasos del proceso de atención de enfermería, iniciando con (23):

A. Valoración: Etapa en la cual se realiza la recolección de información para comenzar con la elaboración de los registros de enfermería, la misma que se compone de dos partes: La recopilación y la información documentada de datos de salud del paciente. La acumulación de datos mediante las técnicas de entrevista, observación y el examen físico, terminando con el compendio de información, recogida de la historia clínica. La etapa de valoración es aquella interacción entre el paciente y el enfermero, aplicando el profesional su vasto conocimiento, y habilidades interpersonales, así como las habilidades propias de su labor. La valoración es una actividad continua ejercida por el personal de enfermería, desde el ingreso del paciente, así como cada entrevista con él.

B. Diagnóstico: Luego de la recolección de datos en la primera etapa de valoración, se procede a organizar la información para el proceso de interpretación, y finalmente confirmar mediante la validación. Esta etapa se ve degradada por elementos como los errores, por ejemplo, cuando personal de enfermería recoge información incompleta e incorrecta, o no contiene los suficientes conocimientos clínicos, experticia o interpretación inadecuada de los datos.

C. Planeamiento de la atención: La planificación comprende una serie de estrategias que se desarrollan con la finalidad de prevenir, disminuir, corregir los problemas evidenciados en la etapa de diagnóstico de enfermería. En esta fase se especifican los objetivos perseguidos y se define el actuar del personal de enfermería, para que el paciente pueda cumplir con los objetivos planificados. Las acciones determinadas se encuentran relacionadas con el plan de cuidados, basados en principios, sistematizados y ordenados, identificados para determinadas situaciones concretas (23).

D. Ejecución: Se coloca en práctica el plan y las estrategias médicas. Es fundamental hacer el uso de competencia técnica, dado que es recomendable que se aplique inmediatamente lo planificado, ejecutado de forma eficiente. Mediante el uso de conocimientos ordenados, se aplica las actividades, la metodología de desarrollo, la técnica en cada actividad y en el cuidado.

E. Evaluación: La etapa de evaluación es el conjunto de la ejecución de las actividades planificadas con los resultados del estado de salud del paciente. Generalmente este término se utiliza para especificar las decisiones tomadas en relación a la eficiencia de las actuaciones del personal de enfermería.

2.2.4.3 Características de las anotaciones de enfermería

Las anotaciones de enfermería deben de basarse en los lineamientos establecidos considerando las siguientes características:

A.- En su estructura

❖ **Objetiva:** El registro del personal de enfermería contiene una información que describe el estado de salud del paciente, así como registra objetivamente los hechos, signos y síntomas que pueda

presentar. El enfermero es objetivo con lo que oye, siente y huele. Como se señaló anteriormente, se debe evitar el uso de palabras como *bueno, malo, regular*, ya que pueden ser interpretados de diversas maneras. Las conclusiones se disgregan de las deducciones de los datos. Cuando el personal de enfermería ingresa al informe sus deducciones o en síntesis conclusiones, ellas, deben de basarse en datos objetivos, de lo contrario, es posible que se realice interpretaciones del estado de salud del paciente, erróneas.

- ❖ **Exacta:** La información que se inserta en el registro debe ser fiable. Cuando el enfermero utiliza determinaciones precisas, coadyuva con el diagnóstico del paciente.

Las abreviaturas, términos médicos, asimismo, los símbolos facilitan el entendimiento directo entre los profesionales de la salud, minimizando también el tiempo de redacción. Las abreviaturas deben de ser aprobadas por la institución y entendidas por sus miembros. Se debe eliminar las abreviaciones que resultan ser confusas. El personal que registra, es decir, el enfermero, debe utilizar una ortografía correcta, colaborando con la exactitud de la información documentada.

Las anotaciones exactas, reflejas que el enfermero hizo uso de las técnicas de observación y entrevistadas, información obtenida por su labor prestada y la interacción con el paciente. Al terminar, el profesional de la salud debe colocar su firma, se incluye el primer nombre, o inicial primera y título. El personal de salud que sea estudiante de enfermería debe incluir su abreviatura aprobada por su escuela, y el nivel que ostenta.

- ❖ **Completa:** Se requiere que el registro sea conformado por información específica, registrando las asistencias prestados por

el enfermero. Un informe incompleto genera peligro en la comunicación del equipo médico, no asegurando la calidad del proceso de atención al paciente.

Se recomienda que la información registrada sea concisa, suficiente y pertinente para la actuación del equipo de salud.

- ❖ **Concisa:** Lo que se registre debe ser breve y conciso. Se evite palabras o términos impertinentes, o se incluya detalles que no tienen relevancia.

- ❖ **Actualizada:** Las decisiones ejecutadas por el personal del equipo de salud, deben basarse a la información actual del estado de salud en el que se encuentra el paciente. Los hallazgos o actividades suscitadas en el momento, se sujetan a:
 - ✓ Signos vitales
 - ✓ De acuerdo a la administración de medicamentos.
 - ✓ De acuerdo a los tratamientos.
 - ✓ Se prepare pruebas diagnósticas y de cirugía en caso requiera.
 - ✓ Los cambios que presenta el estado del paciente.
 - ✓ El momento de admisión, traslado, alta o deceso del paciente.
 - ✓ Los tratamientos aplicados por los cambios complicados en el estado del usuario.
 - ✓ Respuestas del paciente por las actividades.

Al adjetivar un seña de los cuidados debe referirse a la causal del problema con la diligencia del cuidado y la respuesta, lo más acelerado posible.

El informe debe tener datos exactos, evitando los errores en la administración del tratamiento. La ayuda de registros procede a asegurar la exactitud de la información.

- ❖ **Organización:** Se recomienda que se comunique la información de forma ordenada por lo que se sugiere que esta sea trasladada mediante el registro en el formato, de manera que guarde un orden lógico. No es recomendable el uso o redacción de notas desorganizadas, toda vez que no explican con claridad lo que sucedió y provoca un estado de confusión entre el equipo que brinda la atención al paciente.

- ❖ **Confidencialidad:** El profesional de enfermería, no puede emitir pronunciamiento respecto del estado de salud del paciente o aquellos otros pacientes que se encuentren en el centro hospitalario. El enfermero se encuentra obligado de reservar la información, por ética, la información que se tiene sobre cada paciente es confidencial.

B.- En su contenido:

- **Evaluación Física:** Esta información debe ser detallada en cuanto a su valoración, determinar complicaciones o posibles secuelas derivadas de la enfermedad del paciente, todo ello relacionado por los signos y síntomas que presenta. Contendrá la plena identificación del real estado de salud y sus complicaciones, así como los cuadros potenciales.

- **Comportamiento Interacción:** Se refiere al proceso de interacción de la planificación y las respuestas obtenidas en el estado de salud del paciente, por el cuidado y atención otorgada, así como el comportamiento que tiene el paciente ante la situación de su enfermedad.

- **Estado de Conciencia:** La capacidad de comprensión del paciente ante su enfermedad, los procesos de cuidados,

tratamientos que se deben de realizar, el estado de ánimo, la percepción de la mejora, las condiciones del estado físico y la apariencia.

- **Condiciones Fisiológicas:** Se encuentran consignadas, el plan de alimentación, descanso, higiene, caminata, e incluye los signos vitales de la persona.

- **Educación:** Es aquel conocimiento que se procesa en información hacia el paciente sobre su determinada enfermedad, así como los tratamientos requeridos y los procedimientos a realizar.

- **Información:** Se inserta las coordinaciones, el plan de acción que realiza cada miembro del equipo médico.

- **Plan de intervención:** Entre pasos de que el enfermero encargado ejecuta su intervención, procediendo con la aplicación o ejecución y al final la evaluación de los cuidados otorgados de acuerdo a las necesidades que se identificaron.

El personal de enfermería debe considerar para sí lo siguiente:

- ✓ Tener enumerado los problemas o dificultades de salud del paciente.
- ✓ Padecimientos actuales del paciente, mismos que puedan causar complicaciones en el tratamiento.
- ✓ Realizar la lectura de notas de enfermería con la finalidad de que se valore la evolución del paciente.
- ✓ Se realice notas de enfermería basados en el proceso de atención de enfermería.

2.2.5 La Historia Clínica

Según la Dirección General de Salud de las personas Nt. N° 022-minsa/dgsp-v.02 Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud Lima 2005; define a la Historia Clínica como el dato médico-legal, que registra los números de ficha y de los desarrollos renombrados con la atención del afortunado, en modo ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención medica u otros laborales brindan al beneficiario (24).

La Historia Clínica, constituye un fundamento de espacioso arrogancia libre, gerencial, registrado y docente, su correcta escritorio y tratado contribuyen de estilo directa a aliviar la condicion de imperturbables, así como a más a iniciar el tratado de las fundaciones de sanidad, certificar y reforzar los avíos del legatario, gremiales de la sanidad y corporaciones de lozanía, así como proveer incentivo con ceses de exploración y docencia.

Por ello, es necesitado encargar perfectamente todos los dispositivos y arbitrios que siguen las Historias Clínicas desde su inauguración aun que pueda responder con criterios de categoría, ocasión e decencia las protestas cada oportunidad más intolerantes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (autosuficiente e construcciones de salud).

Así mismo el Ministerio de Salud viene desarrollando progresivamente sumarios de puesta al día que buscan aparecer sentencia libertad y venir maduro efectividad en los emplazamientos de sanidad con una lógica gerencial, que permita corresponder mejores resultados. Estos nuevos crecimientos obligan necesariamente a ajustar la normatividad institucional, de la cual se trata las Historias Clínicas.

En tal giro, la reminiscencia de la Norma Técnica indagan dedicar respuesta a estos nuevos retos, contribuyendo a decidir las principales situaciones que para todos los pacientes usuarios, gremiales y corporaciones de sanidad, plantea la Historia Clínica.

2.2.6 Servicio de Emergencia

Es la área jerarquizada o práctico en hospitales encargada de ofrecer atención medico quirúrgica de necesidad en el tiempo justo y continuo durante las 24 horas del día a todas las personas cuya fuerza y/o sanidad se encuentre en estado de emergencia. Según su grado complejidad se pueden gestionar diferentes categorías de deterioros (25).

- a. **Daño.-** Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:
 - ✓ Emergencia o gravedad súbita: Prioridad I
 - ✓ Urgencia Mayor: Prioridad II
 - ✓ Urgencia menor: Prioridad III
 - ✓ Patología aguda común: Prioridad IV

- b. **Desastre.-** Cuando en el núcleo apacible se presenta la colocación del abuso de espectáculo de perseverantes que padecen de diversas afecciones con niveles de antelaciones sublimes, por lo que dificulta al personal de salubridad la atención a los usuarios, requiriendo en estas posiciones la atención de merced externa.

- c. **Sala de Observación.-** Área del servicio de emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder de 12 horas.

- d. **Sala de Reanimación (Shock Trauma).**- En esta área se tratan pacientes que requieren de evaluación, diagnósticos, tratamientos de pacientes que por su estado de salud se encuentran con daños consignados en la Prioridad I.

- e. **Situación de Emergencia.** Cuando el paciente llega con síntomas de alteración fortuita y súbita, situación que la coloca en peligro, dado que si no se brinda la atención inmediata la persona se encuentra en riesgo grave de perder la vida, o producir graves secuelas que lo invaliden. Pacientes que por su estado de salud y los daños existentes se encuentren en Prioridad I y II (25).

- f. **Tópico de Emergencia.**- Es aquella área de salud determinada para pacientes que requieran atención, evaluación y diagnóstico, así como tratamiento que se encuentren consignados sus daños en Prioridad II y III.

- g. **Triage.**- Este viene a ser un enjuiciamiento de estimación en el cual se prioriza el trastorno hecho y se orienta a una atención conveniente, para aquellos constantes que llegan al empleo de alerta, se negociación de efectuar un dictamen. Debe ser efectuada en todos los asientos de sanidad, más igualmente en aquellos asentamientos en adonde los favorecidos superen la demanda de los servicios (25).

2.2.6.1 LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD

Se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las Prioridades establecidas en el Triage:

- A.- Prioridad I (Gravedad Súbita Extrema).**- Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la sala de Reanimación-Shock Trauma.

1. Presencia de paro cardiorrespiratorio.
2. Existencia de dolor torácico en el paciente de nivel precordial con origen cardiogénico y presencia o no de hipotensión.
3. Presencia de complicaciones como Shock hemorrágico, distributivo, cardiogénico, obstructivo.
4. El paciente presenta dificultad respiratoria como tiraje, polipnea, taquipnea, sibilantes, cianosis, estridor.
5. Compromiso de arritmia hemodinámica con posibles orígenes cardiogénicos con o sin hipotensión.
6. El paciente presente hemorragia profusa.
7. Existencia de obstrucción en las vías respiratorias de nivel alto.
8. El paciente presenta inestabilidad hemodinámica entre crisis, shock, hipotensión e hipertensividad.
9. No respuesta a estímulos en el paciente inconsciente.
10. Paciente con trauma severo como:
 - ✓ Víctima de accidente de tránsito.
 - ✓ Quemaduras con extensión mayor del 20% de superficie corporal.
 - ✓ Precipitación o caída de altura.
 - ✓ Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - ✓ Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - ✓ Herida de bala o arma blanca.
 - ✓ Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - ✓ Traumatismo encéfalo craneano.
 - ✓ Evisceración.
 - ✓ Amputación con sangrado no controlado.
11. Status convulsivo.
12. El paciente haya ingerido alcohol sin medida, que presenta depresión respiratoria, esto también es ocasionado por la sobredosis de drogas.
13. Envenenamientos, ingesta de organofosforados, álcalis, intoxicaciones, con ácidos.

14. Síntomas y signos de presencia de complicación de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
16. Signos vitales anormales:

EN PACIENTE ADULTO

- ✓ Frecuencia Cardíaca < 50 por minuto.
- ✓ Frecuencia Cardíaca > 150 por minuto.
- ✓ Frecuencia respiratoria > 35 por minuto.
- ✓ Frecuencia respiratoria < 10 por minuto.
- ✓ Presión arterial sistólica < 90 mmHg.
- ✓ Presión arterial sistólica > 220 mmHg.
- ✓ Presión arterial diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.

EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Lactantes

- ✓ Frecuencia cardíaca \leq 60 por minuto.
- ✓ Frecuencia cardíaca \geq 200 por minuto.
- ✓ Presión arterial sistólica < 60 mmHg.
- ✓ Frecuencia respiratoria \geq a 60 por minuto (hasta los 2 meses).
- ✓ Frecuencia respiratoria \leq a 50 por minuto (hasta 2 meses al año).
- ✓ Saturación de oxígeno \leq a 85%.

Pre escolares y escolares

- ✓ Frecuencia cardíaca \leq a 60 por minuto.
- ✓ Frecuencia cardíaca \geq a 180 por minuto.
- ✓ Presión arterial sistólica < 80 mmHg.

- ✓ Frecuencia respiratoria > a 40 por minuto (sin fiebre).
- ✓ Saturación de oxígeno ≤ a 85%.

17. Intento suicida.

18. Suicidio frustrado.

19. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20. Complicaciones específicas en pacientes pediátricos.

- ✓ Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- ✓ Periodos de apnea.
- ✓ Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- ✓ Deshidratación con shock: llenado capilar mayor de tres segundos.
- ✓ Sangrado: hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- ✓ Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- ✓ Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- ✓ Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- ✓ Status convulsivo.
- ✓ Status asmático.
- ✓ Hipertermia maligna.
- ✓ Trastornos de sensorio.
- ✓ Politraumatismo.
- ✓ Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la sala de reanimación.

B.- Prioridad II (Urgencia Mayor).- Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en consultorios de emergencia (25):

1. Frecuencia respiratoria \geq igual de 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
3. Diabetes Mellitus descompensada.
4. Hemoptisis.
5. Signos y síntomas de abdomen agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.
7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio.
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación Hepática.
13. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
16. Herida cortante que requiere sutura.
17. Injuría en ojos: perforación, laceración, avulsión.
18. Desprendimiento de retina.
19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
20. Signos y síntomas de cólera.
21. Deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica.
22. Hematuria macroscópica.
23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
24. Síndrome febril o infección en paciente inmunosuprimido (ejemplo: paciente diabético con infección urinaria).
25. Pacientes post-operados de cirugía altamente especializadas o pacientes en programa de hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
29. Síndrome meníngeo.

30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia, mayor de 06 horas.
32. Retención urinaria.
33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
36. Pacientes con ideación suicida.
37. Pacientes con crisis de ansiedad.
38. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
40. Esguinces.
41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
42. Enfermedad inflamatoria de la pelvis.
43. Coagulopatía
44. Flebitis o tromboflebitis.
45. Herpes zoster ocular.
46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
47. Cefalea mayor de 12 horas.
48. Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - ✓ Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - ✓ Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - ✓ Amenaza de parto prematuro.
 - ✓ Gestante de 2° y 3° trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - ✓ Sangrado post-parto.
 - ✓ Hipertensión que complica el embarazo.
 - ✓ Síntomas y signos de toxemia severa.
 - ✓ Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (>de 160 x min.) fetal.
 - ✓ Traumatismo abdominal.
 - ✓ Deshidratación por hiperémesis.

- ✓ Cefalea.
- ✓ Epigastralgia.
- ✓ Edema generalizado.

49. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos:

- ✓ Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- ✓ Dolor abdominal.
- ✓ Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- ✓ Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- ✓ Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$.
- ✓ Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq 39^{\circ} C$.
- ✓ Niños con síntomas de infección urinaria.
- ✓ Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- ✓ Cefalea/ epistaxis no controlada.
- ✓ Quemaduras en menos del 10% del área corporal.
- ✓ Trauma ocular no penetrante.
- ✓ Laceración con sangrado activo que requiere sutura.
- ✓ Niños que han sufrido agresión física.
- ✓ Odontalgia.
- ✓ Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del médico tratante considere necesario la atención en algún tópico de emergencia.

C.- Prioridad III.- Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el tópico de emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II (25):

1. Dolor abdominal leve con náuseas, vomitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.

4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis media aguda.
6. Deshidratación hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatía aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperéremesis gravidica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre >de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, talla vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de depresión.
19. Crisis de ansiedad o disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

D.- Prioridad IV.- Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedad diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.

4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Fiebre sin síntomas asociados.
7. Resfrío común.
8. Dolor de oído leve.
9. Dolor de garganta sin disfagia.
10. Enfermedades crónicas no descompensadas.

DAÑOS MAS FRECUENTES A CONSIDERAR

1. Insuficiencia Respiratoria aguda y/o Insuficiencia Cardíaca Aguda.
2. Síndrome de dolor torácico y dolor abdominal
3. Sepsis
4. Politraumatismo por accidente de tránsito
5. Shock
6. ACV e isquemia
7. Paro cardiorrespiratorio
8. Cuadros de hipoglucemia e hiperglucemia
9. Crisis hipertensiva
10. Intoxicación aguda.

2.2.7 Marco conceptual

- a) **Enfermera(o):** Es aquel profesional del área de ciencias de la salud, que participa activamente en brindar servicios de cuidados hacia las personas que se encuentren en un estado de salud del cual requiera cuidado de otro.

- b) **Servicio de Emergencia:** Es aquella área determinada, con instalación especializada para que se encuentre preparada a la llegada de cualquier paciente que necesite socorro y atención inmediata.

- c) **Calidad:** Es el resultado de la evaluación de determinados conjuntos de propiedades que permiten que el producto genere eficiencia, idoneidad y confiabilidad en su uso.

- d) **Calidad de registro de enfermería:** es aquel documento, equiparado a un formato en donde se registra información pertinente, que cumpla con los requisitos de claridad, confiabilidad, exactitud, y que la información recopilada sea suficiente. Este documento cumple con la formalidad y legalidad correspondiente, tiene dos modalidades, escrito o impreso, es un aspecto tomado como el desempeño del profesional de enfermería, se encuentra diseñado de acuerdo a las normas del SOAPIE.

- e) **Paciente:** Es aquella persona que se encuentra en la imperiosa necesidad de atención sanitaria, sometido a cuidados por profesionales de la salud, para el proceso de recuperación. Los cuidados que requiere el paciente son brindados por personal de enfermería, siendo este profesional que se encuentra en mayor contacto con el usuario.

- f) **Historia clínica:** Es aquel documento médico legal en el cual se registra todos los actos, de diagnóstico, evaluación, administración de fármacos y demás cuidados, que relacionen al paciente con el personal de salud, médico – sanitario, actividades realizadas, es aquél registro de vida – médico, que vincula registro desde el nacimiento de la persona hasta su deceso, siendo utilizada por los centros sanitarios existentes, en donde el paciente se encuentre hospitalizado.

- g) **PAE (proceso de atención de enfermería):** Es un sistema en el cual se planifica los cuidados del personal de enfermería, compuesto por los siguientes pasos: 1. Valoración del estado en el que se encuentra el paciente. 2. Diagnóstico del estado de salud del paciente. 3. Planificación de cuidados previos, y posteriores. 4. Ejecución y 5. Evaluación del

paciente. Como se trata de un método, este se encuentra debidamente ordenado y en modo sistemático se configuran pasos que se entrelazan.

- h) **SOAPIE:** Es un método, ordenado sistemáticamente, conteniendo datos objetivos y subjetivos, área de planificación, valoración, intervención y evaluación. Con este instrumento se puede registrar e interpretar las notas tomadas, a fin de brindar soluciones a los problemas y necesidades del paciente.

CAPITULO III

Método

3.1 Tipo de Investigación

Esta prospección es descriptiva, retrospectivo.

Descriptivo: Son supervisión observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el coeficiente de tratada, es llamar lo que se observa, lo que ocurre con el fenómeno en exigencias naturales en la edad (26).

3.2. Diseño de Investigación

La indagación es de apunte no experimental dado que no se manipulo aposta la variable, todavía es de corte transversal, dado que la variable se mide en una sola ocasión y en un solo tiempo (27).

Diseño descriptivo retrospectivo.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población está conformada por 7062 historias clínicas del servicio de Emergencia, del Hospital Regional Moquegua de la ciudad de Moquegua durante I semestre del 2017.

3.3.2. Muestra

CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

n=	$N \cdot Z_{1-\alpha}^2 \cdot P \cdot Q$
	$d^2 (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 \cdot P \cdot Q$
n=	$7062 \cdot 1.96^2 \cdot 50 \cdot 50$
	$5^2(7062-1) + 1.96^2 \cdot 50 \cdot 50$
n=	$7062 \cdot 3.8416 \cdot 2500$
	$25(7061) + (3.8416 \cdot 2500)$
n=	67823448
	176525+9604
n=	67823448
	186129
n=	364

Muestreo: Aleatorio simple

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de pacientes que se encuentren completas.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que no sean prioridad I.

3.4 Instrumento:

Para el análisis se aplicó un instrumento llamado lista de cotejo para calidad de las notas de enfermería, cuyo efecto fue delimitar la condición de los registros de enfermería. El cual escala con 37 ítems: Calidad de las Notas de

Enfermería subdividido en elaboración y contenido. El instrumento fue elaborado por la Lic. Sandra Morales Loayza en base al entorno teórico y fue reconocido por enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital de Essalud Moquegua las que aprobaron dicho instrumento para ser aplicado. Ellos emitieron dictámenes que sirvieron para esclarecer y acabar la redacción del instrumento que fue diligenciado.

3.4.1 Control de la calidad del instrumento

Validez externa: el instrumento que midió la calidad de los registros de enfermería fue aprobado por juicio de expertos gremiales de la salubridad que tienen concepto sobre el libreto de esta encuesta y emitieron juicios que contribuyeron a reformar la redacción del manual para que sea descifrable en su efectuar.

Confiabilidad: la confiabilidad fue evaluada por medio del estilo de alfa de cronbach utilizando el proyectil estadístico Spss lectura 22, obteniéndose una confiabilidad de 89.9 % indicando que el instrumento es confiable con respecto a las 37 preguntas.(ver anexo)

3.5 Procedimiento para la recolección de datos

1. Se tramita una carta de presentación al director del Hospital Regional de Moquegua solicitando autorización para aplicación de proyecto de investigación.
2. Una vez confirmado la aprobación de aplicación de trabajo de investigación se realizó la coordinación con el responsable de la jefatura del departamento de consultorios externos.
3. Se programó con el responsable de admisión para el sacado de historias clínicas incluidas en la investigación.
4. Para la observación y el llenado de las listas de cotejo se hizo previa coordinación y de acuerdo a los turnos de personal de admisión.
5. Se seleccionaron 364 historias clínicas de acuerdo al diagnóstico de prioridad I.

3.6 Definición y operacionalización de variables

Calidad de registros de enfermería

Definición conceptual: Son aquellas particularidades o tributos que debe presentar el registro de enfermería aplicando el proceso de atención de enfermería brindada al paciente durante las 24 horas del día.

Definición operacional: Esta variable es de tipo categórica y su escala es ordinal, cuyo criterio de medición fue:

PUNTAJES: SI = 1
NO = 0

- ✓ BUENA: 36 a más puntos.
- ✓ REGULAR: 27-35 puntos.
- ✓ MALA: menos de 26 puntos.

Calidad de registros de enfermería en cuanto a su dimensión estructura

Definición conceptual: Es el observancia de requisitos al instante de proceder los censos de enfermería en cada asunto. La elaboración de los registros deben ser continua, significativa, con carácter claro, redacción legible, ser clara y concisa, sin faltas tampoco errores ortográficos y considerar data y hora.

Definición operacional: Esta variable es de tipo categórica y su escala es ordinal, cuyo criterio de medición fue:

PUNTAJES: SI = 1
NO = 0

- ✓ BUENA: 22 a más puntos.
- ✓ REGULAR: 17-21 puntos.

- ✓ MALA: menos de 16 puntos.

Calidad de registros de enfermería en cuanto a su dimensión contenido

Definición conceptual: Es el cumplimiento de requisitos de apuntes que considere la aplicación del uso científico en la práctica asistencial de la enfermera el método conocido como proceso de atención de enfermería (P.A.E.) el cual considera aspectos de valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación.

Definición operacional: Esta variable es de tipo categórica y su escala es ordinal, cuyo criterio de medición fue:

PUNTAJES: SI = 1
NO = 0

- ✓ BUENA: 13 a más puntos.
- ✓ REGULAR: 12-13 puntos.
- ✓ MALA: menos de 11 puntos.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Finalizada la recolección de datos la información fue ingresada y analizada en el paquete estadístico SPSS versión 22 (Statistical Package for the Social Sciences) el cual nos permite procesar y analizar las variables a través de la presentación de una estadística descriptiva frecuencia absolutas relativa y acumuladas. Y el programa Microsoft Excel 2013 para elaborar tablas simples y gráficos.

CAPITULO IV

Presentación y Análisis de Resultados

Los resultados de la presente investigación se presentaran en tablas estadísticas generales y específicas que permitirán analizar la información general.

4.1 Presentación de Resultados

TABLA 1

**CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	9	2,47
Regular	138	37,91
Malo	217	59,62
Total	364	100,00

FUENTE: Datos tabulados de la base de datos.

En la tabla 1 se observa que el 59.62 % de los registros de enfermería del servicio de emergencia tienen mala calidad, seguido de 37.91 % de regular calidad y solo un 2.47 % tienen buena calidad.

GRAFICO 1

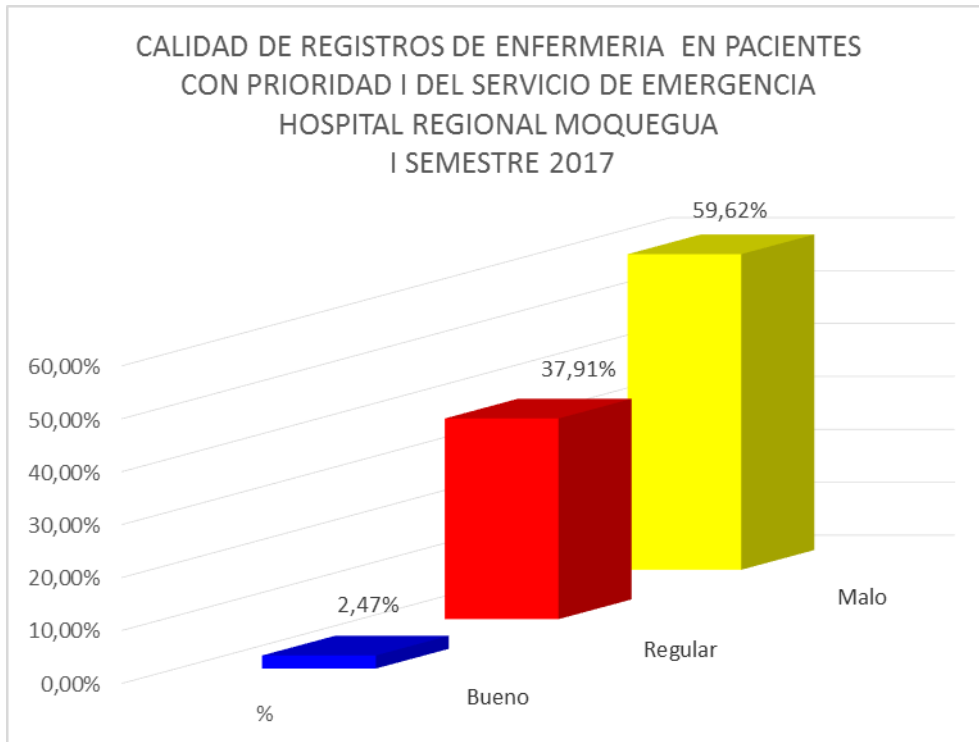


TABLA 2

**CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
SEGUN SU DIMENSION DE ESTRUCTURA
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	-	0,00
Regular	180	49,45
Malo	184	50,55
Total	364	100,00

FUENTE: Datos tabulados de la base de datos.

En la tabla 2 se observa que el 50.55 % de los registros de enfermería del servicio de emergencia tienen mala calidad según su dimensión de estructura y el 49.45 % tienen regular calidad.

GRAFICO 2

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
SEGUN SU DIMENSION DE ESTRUCTURA
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017

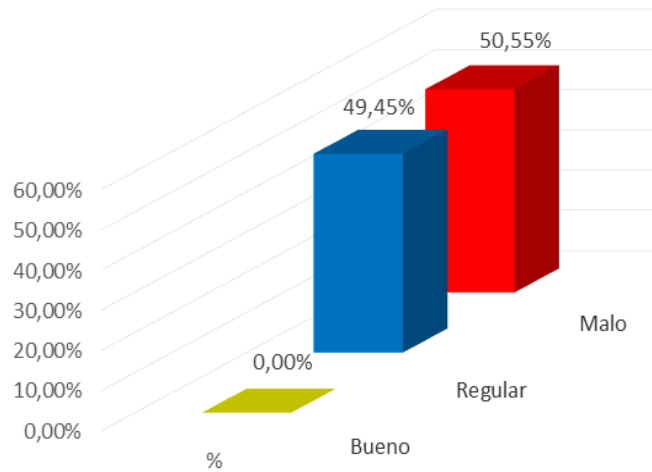


TABLA 3

**CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
SEGUN SU DIMENSION DE CONTENIDO
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	18	4,95
Regular	-	0,00
Malo	346	95,05
Total	364	100,00

FUENTE: Datos tabulados de la base de datos.

En la tabla 3 se observa que el 95.05% de los registros de enfermería del servicio de emergencia tienen mala calidad lo que indica que no tienen en consideración la aplicación de proceso de atención de enfermería (PAE), sin embargo se encontró que el 4.95% tiene buena calidad con aplicación de proceso de atención de enfermería en sus notas de enfermería.

GRAFICO 3

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
SEGUN SU DIMENSION DE CONTENIDO
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017

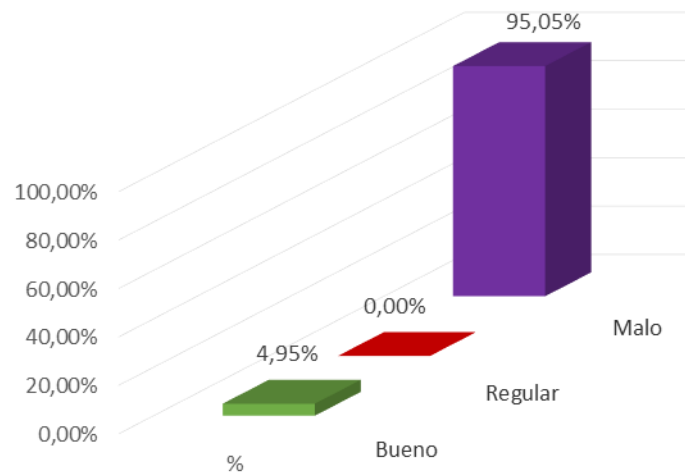


TABLA 4

**CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA POR SU
ESTRUCTURA SEGUN CARACTERISTICAS
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017**

DIMENSIÓN	INDICADOR	SI	%	NO	%	TOTAL
ESTRUCTURA	Continua	301,5	82,8	62,5	17,2	364
	Significativa	230,6	63,4	133,4	36,6	364
	Legible	274	75,3	90	24,7	364
	Comprensible	213,75	58,7	150,25	41,3	364
	Precisa	287	78,8	77	21,2	364
	Libre de errores	182	50,0	182	50,0	364
	Fecha y Hora	364	100,0	0	0,0	364
	Firma y Sello	333,5	91,6	30,5	8,4	364

FUENTE: Datos tabulados de la base de datos.

En el tabla 4 se observa que de las 364 historias clínicas consideradas en la investigación el 100% de las notas consideran la característica fecha y hora; el 91.6% consideran firma y sello y solo un 8.4% no consideran esta característica; el 82.8% consideran la característica continua en la cual engloba el sí refleja orden en el registro de notas, el 78.8% considera la característica precisa en el cual se considera nombre y apellidos del paciente y/o Nro. de cama e historia clínica, el 75.3% considera la característica legible y solo el 24.7% no lo considera en sus registros, el 58.7% considera la característica comprensible, el cual considera la estructura de redacción, orden de presentación, el uso de abreviaturas oficiales y/o color de lapicero de acuerdo al turno; solo el 41.3% no lo considera.

GRAFICO 4

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA POR SU ESTRUCTURA SEGÚN SUS CARACTERISTICAS HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA I SEMESTRE 2017

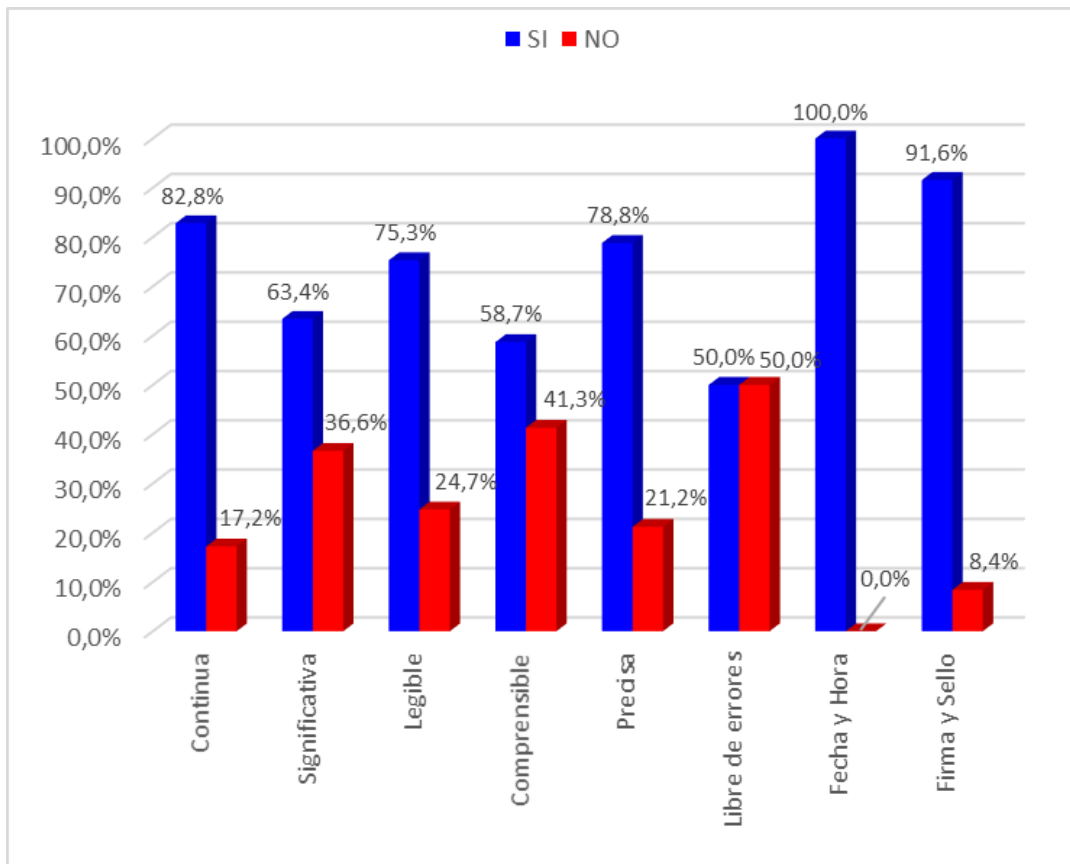


TABLA 5
CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
POR SU CONTENIDO SEGÚN CARACTERISTICAS
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
I SEMESTRE 2017

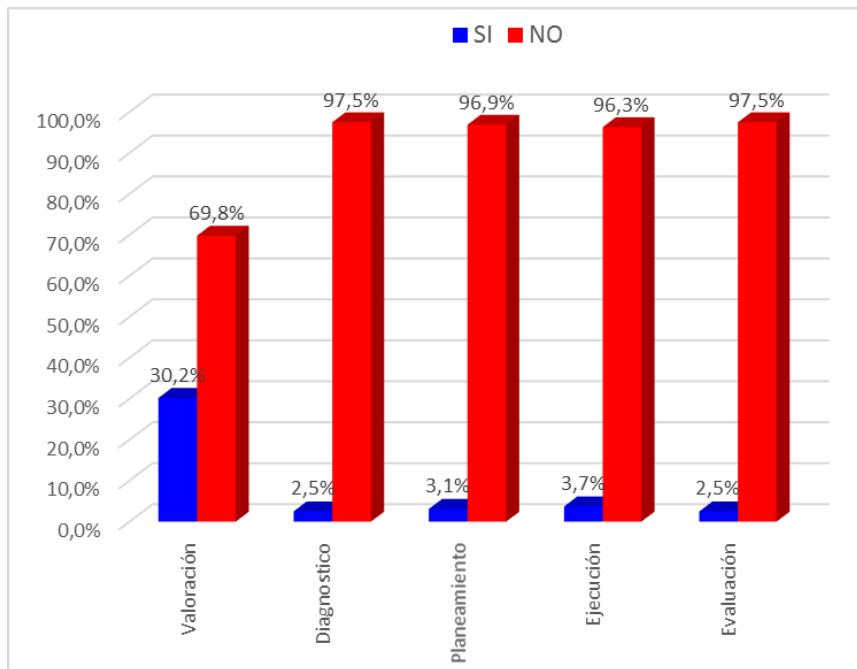
DIMENSIÓN	INDICADOR	SI	%	NO	%	TOTAL
CONTENIDO	Valoración	110	30,2	254	69,8	364
	Diagnostico	9	2,5	355	97,5	364
	Planeamiento	11,25	3,1	352,75	96,9	364
	Ejecución	13,5	3,7	350,5	96,3	364
	Evaluación	9	2,5	355	97,5	364

FUENTE: Datos tabulados de la base de datos.

En la tabla 5 se evidencia que el 8.4% promedio de los registros de enfermería evaluadas consideran el método científico el cual considera las etapas de valoración, diagnostico, planeamiento, ejecución y evaluación; el 91.6% promedio no considera el método científico en la elaboración de sus registros de enfermería.

GRAFICO 5

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PRIORIDAD I DEL SERVICIO DE EMERGENCIA POR SU CONTENIDO SEGÚN VALORACIÓN HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA I SEMESTRE 2017



4.2 Discusión de Resultados

En la tabla 1 se evalúa la calidad de registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de Emergencia Hospital Regional de Moquegua durante el I semestre 2017 de las 364 historias clínicas incluidas en el trabajo de investigación, se certifico que el 59,62% de los registros tienen mala calidad y el 37,91% regular calidad y solo el 2,47% buena calidad.

La clase de los registros de enfermería implica la realización de tareas de estimación y seguimiento de juicios establecidos como prioritarios los cuales deben ser de forma sistemática y continua; y el no continuar los enjuiciamientos nos indica que hay una engaño en el estilo del juicio de atención de enfermería, no considerando la el hábito del procedimiento científico verificado en la que se considera las estaciones de: valoración, diagnostico, planeamiento, ejecución y evaluación.

Por lo que se observa que los registros de enfermería del area de emergencia durante el I semestre 2017 no consideran la reglamento para la realización de los registros para ser considerados adecuados.

Similares resultados encontraron Córdova G., et al (2010), en su tesis “Calidad de las notas de dispensario en los profesionales de dispensario hospitalaria, Piura - Perú”, concluyendo el 74.2% de los profesionales de enfermería tienen nivel malo en elaboración de registros, el 19.3% regular nivel y únicamente 6.4% nivel bueno(13).

En la tabla 2 se evalúa calidad de registros de enfermería según su dimensión de estructura donde se aprecia el 50.55% de registros son de mala calidad y solo un 49.45% tienen regular calidad.

La clase de las notas de enfermería con respecto a su ejecución está aludida a los aspectos destacados con su significancia y los semblantes físicos de su redacción como la legibilidad y legalidad cronológico; por otro motivo la ordenanza norma de

administración de historias clínicas Nt. N° 022-minsa/dgsp-vo2 refiere que los registros deben sujetar caracteres como la época; la hora; estado de paciente; representaciones esenciales; signos y síntomas; medicación o intervenciones; nombres y apellidos; rúbrica y colegiatura de la enfermera.

Por lo que podemos arriar que la colectividad de los registros de enfermería incluidos en la investigación no cumplen las normas necesarias para su consecución; en cuanto a su dimensión de estructura donde la redacción de los registros deben ser continuas, con escritura legible, comprensibles, sin errores, de modo clara y concisa entre otras características con las cuales tienen que ser llenados los registros de enfermería para sobrevenir una salida continua y adecuada en los cuidados del usuario. Por lo que podemos expresar que los registros de enfermería en cuanto a su dimensión estructura son de mala calidad.

Lo que nos indica que hay que mejorar la estructura de los registros de enfermería. Similares resultados encontraron Cedeño S., et al (2013) en su trabajo “Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón”, mostrador en el cual se sometió a estimación la casta del espaciosidad de los registros de enfermería, obteniendo como resultado que el 11% de ellos cumplían con los registros de enfermería, como requisitos de clase de la Historia Clínica Única, siendo el 89% de los registros, formularios de Historia Clínica no cumplen con lo necesitado. Concluyendo que existe una inadecuada nivel de registros, es decir, en la colección de datos, el mismo que se equipara a un altitud de observancia indebido, conformando el 20%, es mencionar, se tiene que más de uno y otro tercios de profesionales, supone que la demanda de pacientes que se encuentran bajo su cargo causan perjuicios en desempeño de sus funciones(2).

En la tabla 3 se evalúa la calidad de registros de enfermería según su dimension de contenido se encuentra que el 95.05% de los registros de enfermería son de mala calidad con lo que podemos conjeturar que no consideran la constancia del apreciación del proceso de atención de enfermería (PAE) el cual considera las etapas de: valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y valoración. Cabe accionar que se encontró que solo el 4.95% son de buena calidad.

La calidad registros respecto a su contenido el cual aplica las observación diaria hacia el usuario aspectos como: los datos subjetivos y objetivos, diagnósticos, plan de acciones o intervenciones, evaluación y seguimiento.

Similares resultados encontraron Poma R., et al (2015) en su trabajo de investigación "Aplicación del proceso de atención de enfermería en el servicio cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica". Estudio en adonde concluyeron que la gran universalismo de enfermeros no cumple con imprimir el diagnosis en relación a las sufrimientos de lozanía que presenta el usuario, además, no identifica el flujo o los problemas en subsistencia que se podrían presentar. Se tiene por otro empleo que en la señal de planeación, adscribirse el parecer de espera del partidista de enfermería, es una inadecuada decisión, legado que no prioriza memorizar el dictamen, así como inventar y imprimir los objetivos de pacto a los problemas visibilizados. Por posterior, se recomienda atribuir el instrucción de esperanza en la fase de ajusticiamiento, obteniendo como resultado del pincho harto, que la gran parte de enfermeros que labora en esta sociedad, realiza el registro de cada intervención en estructuración(9).

CONCLUSIONES

1. La calidad de la elaboración de los registros de enfermería en pacientes con prioridad I del servicio de emergencia correspondiente al primer semestre 2017 son de mala calidad en 59.62%
2. Los registros de enfermería del servicio de emergencia en cuanto a su dimensión de estructura son de mala calidad en 50.55 %.
3. En cuanto a la calidad de los registros de enfermería según su dimensión de contenido con aplicación del proceso de atención de enfermería son de mala calidad en 95.05 %.

RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar al profesional de enfermería del área de emergencia sobre la importancia de actuar y correcta elaboración de registros, a través de capacitaciones al personal en aplicaciones los registros de enfermería principalmente en lo que se refiere a la perseverancia del proceso de atención enfermería (PAE).
2. Evaluar los formatos actualmente utilizados e involucrar al profesional de enfermería, para calibrar aplicabilidad y en qué patrón satisfacen las realización de las notas, optimización de tiempos y cumplimiento de criterios para fomentar la calidad de atención al usuario.
3. Incrementar la inspección de los registros de enfermería en los turnos de profesionales de enfermería, igualmente de llevar un registro de los resultados de dichas evaluaciones y darlas a conocer al personal involucrado.

Referencias Bibliográficas

1. Glenoraerb Kozier B, Berman A. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, procesos y practicas. 6th ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericano; 2005.
2. Cedeño Tapia SJ, Guananga Iza C. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón. Tesis. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.; 2013.
3. Ley del Trabajo del enfermero N° 27669. Lima: Rol de la profesión de Enfermería Colegio de Enfermeros del Perú; 2002.
4. Cortés G, Castillo F. Guia para la elaboración del proceso y registro de enfermería. Primera ed. Lima: Navarrete; 2002.
5. Quispe Ramos AP, Arapa Olmedo G. Características personales y laborales asociadas a la calidad de la elaboración de notas de enfermería. Tesis. Juliaca: Universidad Andina "Nestor Cáceres Velásquez".; 2015.
6. Lopez Perez CJ, Villa Salcedo YdC. Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Tesis. Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Nuñez; 2012.
7. Mariobo Vaca. Calidad de la hoja de registros de enfermería. Trabajo investigación Maestria. La Paz: Instituto Nacional de Oftalmología; 2009.
8. Socop Amabilia M. Evaluación de la nota de enfermería en los registros clinicos. Tesis. Quetzaltenango: Hospital Nacional de Mazatenango, Cirugia; 2014.
9. Poma Yauri R, Villanueva Centeno A. Aplicación del proceso de enfermería. Tesis. Huancavelica: Hospital Departamental de Huancavelica, Cirugia; 2015.
10. Quino Chata L. Conocimiento y actitud sobre notas de enfermería modelo SOAPIE en enfermeras. Tesis. Puno: Hospital Regional Manuel Nuñez Butron; 2014.
11. Gutierrez Cahuana V, Esquen Sembrera Y, Gomez Taguchi EP. Nivel de cumplimiento de los registros de enfermería. Tesis. Lima: Hospital Nacional Madre Niño San Bartolome, Gineco-obstetricia; 2012.
12. Anglade Vizcarra C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración. Tesis. Lima: Hospital dos de Mayo; 2006.

13. Cordova G, Sosa E. Calidad de las notas de Enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria. tesis licenciado en enfermeria. Ica:, Piura; 2010.
14. Alarcon Portugal F. Calidad de las notas de enfermería. Tesis. Tacna: Hospital Regional Hipolito Unanue, Unidad de Cuidados Intensivos.; 2013.
15. Morales Loayza C. Calidad de las notas de enfermería. Tesis. Moquegua: Hospital Regional de Moquegua, Unidad de Cuidados Intensivos; 2011.
16. OPS. Perspectivas de la Gestión de la calidad total de los servicios de salud. Washington:; 2000.
17. MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en salud. [Online].; 2007 [cited 2018 Agosto 21. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf.
18. Juran J. Trilogia de la Calidad. [Online].; 2009 [cited 2018 Julio 2. Available from: <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp95/>.
19. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 21st ed. Madrid; 1992.
20. James Evans. Admistración y Control de la calidad. Sexta ed.; 2007.
21. INNOVAR. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. [Online].;2005cited2018Agosto17.Availablefrom:http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf.
22. Iyer P. Proceso y Diagnostico de Enfermería. 3rd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
23. MINSA. Norma Técnica N° 022-Minsa/DGSP Historia clinica de los establecimientos del sector salud. Lima:; 2005.
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de los servicios de Salud Emergencia Hospitales del sector Salud. ; 2004.
25. Collado F. Metodologia de la investigación. Sexta ed. Mexico: McGraw-Interamericano Editores; 2000.
26. Fernandez Collado C BLP. Metodologia de la Investigación. Sexta ed. Mexico , editor. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICA EDITORES, S.A.; 2000.
27. Ariza S. Calidad de cuidado del paciente hospitalizado. Bogota.: Universidad Pontifica Javeriana.; 2003.

28. Beare/Myers. El tratado de enfermería Mosby. Primera ed. Santa Fe de Bogotá: Doyna libros; 2005.
29. Benavides A. Características de las Notas de Enfermería y uso por el personal de salud. Trabajo de investigación. Lima: Hospital Arzobispo Loayza.; 2002.
30. Malpica M, Marbel A. Características de las notas de enfermería. Tesis. Lima: Hospital Rezola; 2010.