



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

TÉSIS

**CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL
PACIENTE PREQUIRÚRGICO, SERVICIO DE
EMERGENCIA HOSPITAL DE BARRANCA - 2021**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. LILIA NOEMI MATIENZO RAFAEL

BARRANCA-PERU

2022



PRESIDENTE

Dra. Carmen Rosa Alvarado Zúñiga



MIEMBRO

Mg. Herminda Consuelo Chambergo Valverde



MIEMBRO

Mg. María Santos Oyola canto



ASESOR

Mg. Juan David Toledo Figueroa



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Barranca, 13 de enero de 2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los integrantes del Jurado Evaluador

Presidente: Dra. CARMEN ROSA ALVARADO ZUÑIGA
Miembro: Mg. HERMINDA CONSUELO CHAMBERGO VALVERDE
Miembro: Mg. MARIA SANTOS OYOLA CANTO
Asesor: Mg. JUAN DAVID TOLEDO FIGUEROA

Se reúnen para evaluar la sustentación de la tesis titulada:

“CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO,
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE BARRANCA - 2021”

Presentado por el Graduado:

MATIENZO RAFAEL, LILIA NOEMI

Para optar el Título Profesional de: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Luego de haber evaluado la sustentación de la tesis, concluye de manera unánime () por mayoría simple () calificar a:

(Apellidos y Nombres) MATIENZO RAFAEL, LILIA NOEMI			Nota: 14	
Sobresaliente ()	Muy bueno ()	Bueno (X)	Regular ()	Desaprobado ()

Dra. Carmen Rosa Alvarado Zúñiga
Presidente

Mg. Herminda Consuelo Chamberg Valverde
Miembro

Mg. Maria Santos Oyola Canto
Miembro

Mg. Juan David Toledo Figueroa
Asesor

DEDICATORIA

A Dios por ser lumbrera y guía de
mis pasos para continuar con mis
estudios universitarios.

A mis familiares, por su apoyo
incondicional y motivación para
seguir adelante y hacer realidad mis
sueños

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Barranca, centro de estudios que me abrió las puertas para poder culminar mis estudios superiores y cumplir mis sueños de cuidar a los demás.

A mis docentes por alentarme en todo momento e impartirme conocimientos, experiencias y apoyo durante los 5 años de pregrado.

A mi asesor Mg. Juan David Toledo Figueroa, por su orientación, dirección y consejería en todo el proceso de elaboración de esta tesis.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **LILIA NOEMI MATIENZO RAFAEL** identificada con DNI N° 71138728; Bachiller en Enfermería de La Universidad Nacional de Barranca, autora de la tesis titulado: **CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE BARRANCA - 2021**, presentada para obtener el grado académico de Licenciada en Enfermería, declarando bajo juramento lo siguiente:

- La tesis presentada es de mi autoría.
- Los datos e información presentados son veraces y auténticos.
- Además, los resultados presentados no han sido copiados ni manipulados y por lo tanto crearan aportes a distintas investigaciones relacionada con temas de salud.

En caso de llegarse a encontrar contradicciones a lo declarado, datos falsos, plagio, información sin citar a sus autores o que el estudio haya sido presentado anteriormente, soy consciente de las sanciones a las que estamos sometidas, según la normativa vigente de la directiva N°07-2019 de la Universidad Nacional de Barranca.

Barranca, 30 de noviembre de 2022



LILIA NOEMI MATIENZO RAFAEL



Mg. TOLEDO FIGUEROA JUAN DAVID

INDICE

Pág.

Caratula	i
Acta de sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Declaratoria de autenticidad	vi
Índice	vii
Índice de tablas.....	viii
INFORMACIÓN GENERAL.....	1
RESUMEN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO.....	4
3.1 Situación del problema.....	4
3.1 formulación del problema.....	7
IV. JUSTIFICACIÓN	8
V. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE	9
VI. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE ESTUDIO	23
6.1 Hipotesis.....	23
6.2 Variables de estudio.....	23
6.3 Operacionalización de variables.....	24
VII. OBJETIVOS.....	25
7.1 Objetivo General.....	25
7.2 Objetivos Específicos.....	25
VIII. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	25
7.1 Diseño de la investigación.....	25
7.2 Población y muestra.....	26
7.3 Unidad de análisis.....	27
7.4 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos.....	27
7.5 Análisis de datos.....	29
X. CONSIDERACIONES ETICAS.....	30
XI. RESULTADOS.....	31
Análisis y discusión	31

XII. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS,,.....	49

Índice de tablas

Tabla 01: Calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021.....38

Tabla 02 Calidad del registro de enfermería en la dimensión contenido en en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021.....54

Tabla 03 . Calidad del registro de enfermería en la dimensión estructura en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca 2021.....55

II.- INFORMACIÓN GENERAL

1.1. TÍTULO:

Calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca - 2021

1.2. AUTOR:

- Bach. Lilia Noemi Matienzo Rafael

1.3. ASESOR:

- Mg. Toledo Figueroa Juan David

1.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación Básica.

1.5. PROGRAMA Y LINEA DE INVESTIGACIÓN

- Programa: Gestión en el cuidado de la salud.
- Línea de investigación: Calidad en el cuidado

1.6. DURACION DEL PROYECTO

- Fecha de inicio: Agosto 2022
- Fecha de término: Noviembre 2022

1.7. LOCALIZACION DEL PROYECTO:

- Hospital de Barranca. Jr. Nicolás de Piérola S/N

III.- RESÚMEN

Los registros de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación que facilita el trabajo entre los miembros del equipo de salud, por tanto, su realización correcta permite avalar la continuidad de los cuidados. El estudio fue desarrollado con el **objetivo** de determinar la calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021, se trató de una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo en una muestra de 75 historias clínicas de pacientes que ingresaron al centro quirúrgico procedentes del servicio de emergencia, desarrollado bajo la **metodología** del análisis documental, empleando como instrumento una lista de cotejo de Cabanillas modificado y sometido a validación por juicio de expertos, los **resultados** indican: La calidad del registro según la dimensión contenido es de calidad buena en un 44%, mientras que el 36% es de calidad regular, la calidad del registro de enfermería según la dimensión estructura es regular con un 56%, y el 38.6% es de calidad buena. Se **concluye** que: El registro de enfermería en el paciente prequirúrgico en el servicio de emergencias del hospital de Barranca es de calidad regular (50.7%), mientras que el 40% es de calidad buena.

Palabras clave: Enfermería, registro, paciente prequirúrgico.

ABSTRACT

Nursing records make up the written evidence of the care given to the patient, they are par excellence a means of communication and coordination that facilitates the work between the members of the health team, therefore, their correct performance allows to guarantee the continuity of care. The study was developed with the objective of determining the quality of the Nursing record in the pre-surgical patient, Hospital de Barranca Emergency Service - 2021, it was a descriptive, retrospective investigation in a sample of 75 medical records of patients who were admitted to the surgical center from the emergency service, developed under the documentary analysis methodology, using as an instrument a modified Cabanillas checklist and subjected to validation by expert judgment, the results indicate: The quality of the record according to the content dimension is of good quality in 44%, while 36% is of regular quality, the quality of the nursing record according to the structure dimension is regular with 56%, and 38.6% is of good quality. It is concluded that: The nursing record in the pre-surgical patient in the emergency service of the Barranca hospital is of regular quality (50.7%), while 40% is of good quality.

Keywords: Nursing, registry, pre-surgical patient.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO

4.1 Situación del problema

La documentación correcta de los procesos del cuidado del paciente durante la asistencia hospitalaria es muy importante, esto porque aparte de ser un indicador de calidad también permite garantizar la seguridad integral del paciente, reducir los riesgos indeseados en la atención, evitar errores en la medicación y conseguir una adecuada calidad en la atención de la salud; la omisión de registro puede tener consecuencias muy graves para el paciente ¹

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla usando documentos y registros por medio del cual dejan constancia y evidencia de todas las actividades que se llevan a cabo en el proceso del cuidado: “*Los registros de enfermería*”; en ellos queda anotada los datos generales, las actividades de cuidado, informaciones sobre el estado general, tratamiento y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial; forman parte de sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, también sirve para el sistema de evaluación en la gestión de servicios enfermeros².

Los registros de Enfermería se constituyen en testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, perennizan toda la información sobre la actividad enfermera brindada al paciente: valoración, el diagnóstico, su tratamiento y evolución, estos registros tienen dos propósitos tanto clínicos como administrativos, sirve como una herramienta de comunicación entre profesionales, además de ser fuente de investigación que sirve de evidencias para el desarrollo de investigaciones¹.

La calidad de las notas de enfermería se ven limitadas debido a ciertos factores como la presión asistencial², la falta de personal de Enfermería^{3,4} (en muchas ocasiones menor que el número indicado según las normas asistenciales); particularmente en los servicios de emergencia se debe a la

rapidez en la atención de los pacientes con peligro vital, aquí el enfermero recibe indicaciones verbales del médico y sus colegas y estas algunas veces son omitidas en ser registrados, es intención del estudio determinar la calidad en esta area⁵.

La calidad de los registros de enfermería ha sido investigados en diversos estudios entre ellos los Candido⁶ en Brasil, quien muestra que el 18% de los registros estaban incompletos, Mateos⁷ manifiesta que el 52% de los diagnósticos de enfermería no se sustentan en la valoración, el 83% de los resultados se registran adecuadamente, por su parte Carvalho⁸ revela que la mayoría de las historias evaluadas presentan errores de escritura, usan siglas no autorizadas, datos incompletos, los informes no reflejan los cuidados recibidos, estos resultados a nivel internacional nos manifiestan que los registros enfermeros nos revelan falta de calidad en la asistencia y el cuidado enfermero, que podrían traer consigo problemas éticos y legales.

A nivel nacional esta realidad no es ajena, se han reportado diferentes investigaciones como las de Idrogo et al⁹. que en una revisión sistemática reporta que todos los estudio evaluados indican deficiencias en al menos un indicador de registro, evidencia también déficit en elaboración de notas, por su parte Custodio indica que un 39% de registros tiene una redacción de notas de baja calidad, finalmente Rojas¹⁰, al analizar los criterios de estructura y contenido de los registros y la aplicación de la norma Técnica No. 029-MINSA-DIGEPRES-V.02 del MINSA (Ministerio de Salud), determinó que el 65% de las notas de ingreso incompletas.

Los problemas que traen consigo los errores en los registros van desde una duplicidad de tratamiento o procedimiento, omisión de indicaciones, inobservancia de reacciones alérgicas y comorbilidades, incluso derivar en riesgos mayores para la salud del paciente que podrían terminar en problemas legales de implicancia penal, civil y administrativa, de ahí la importancia de que todo lo que se realice se registre correctamente en los formatos habilitados, siguiendo ciertas normas comunes de registro para todos los

profesionales de enfermería del área de emergencia, estos documentos tienen que cumplir ciertos requisitos

En la práctica asistencial se observa que algunas actividades de enfermería son desarrolladas correctamente, pero no están de acuerdo al proceso de atención de enfermería, los cuidados de enfermería no se realizan de forma sistemática y no se aplica el pensamiento crítico durante el proceso de enfermería, muchos enfermeros no desarrollan una evaluación biológica, pero proceden a formular diagnósticos de enfermería y realizar intervenciones, pocas veces se registran las actividades de enfermería en la identificación de las necesidades domiciliarias y la calidad de vida de los pacientes durante la planificación.

Se ha observado durante desarrollo de las practicas preprofesionales que en el Hospital de Barranca los registros de pacientes con emergencias quirúrgicas toman más en cuenta los procedimientos de administración de medicamentos, monitoreo de constantes vitales, y el cumplimiento de los exámenes auxiliares, dejando de lado la anamnesis, los datos subjetivos y familiares, además de los antecedentes, estas omisiones pueden conllevar a una planificación defectuosa de cuidados, que no va a contribuir con la satisfacción de las necesidades del paciente quirúrgico.

El hospital de Barranca es un establecimiento de nivel II-2 que por norma resuelve patologías quirúrgicas en las especialidades de traumatología, cirugía general, urología, entre ellas las emergencias quirúrgicas siendo las más comunes: abdomen agudo, traumatismos con resolución quirúrgica, cesárea, etc; ante el la necesidad de una intervención quirúrgica de emergencia se moviliza todo un equipo de profesionales, empleando el menor tiempo posible para una cirugía oportuna que salve la vida de una persona, es entonces ente escenario donde alguna veces se omite el registro y la documentación de los procedimientos y cuidados.

Al interactuar con los profesionales de Enfermería sobre las anotaciones en este servicio, estos refirieron que *“no le damos importancia a las anotaciones porque nos dedicamos a los procedimientos y muchas no tenemos tiempo para registrar los cuidados brindados”*, *“hacemos muchas intervenciones por paciente, pero no lo registramos porque se nos va el paciente”*, entre otras expresiones, situación que hace necesario conocer la el estado real del problema y así sensibilizar a todo el personal asistencial acerca de la importancia de los registros de Enfermería en la atención del paciente.

4.1 Formulación del problema

¿Como es la calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca en el periodo enero - diciembre 2021?

V. JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto los cuidados prequirúrgicos han evolucionado y se han estandarizado en los diferentes hospitales, sin embargo en situaciones donde la vida del paciente peligra la documentación y los registros de enfermería pasan a un segundo plano y son omitidos o mal registrados a pesar que los servicios de emergencia manejan fichas y formatos de rápida aplicación; esta situación genera una preocupación puesto que debilita la calidad del cuidado y pone en riesgo continuo la integridad paciente.

Es relevante la investigación por que los resultados del estudio evidenciarán la calidad del registro de enfermería en un área donde las condiciones de trabajo son muy exigentes, con alta demanda de eficiencia y trabajo en equipo que busca salvar la vida a una persona y evitar secuelas discapacitantes, pero que las altas presiones por la oportunidad en la atención hacen que la documentación se deje de lado debilitando de esta manera la calidad de la atención.

La finalidad práctica del estudio es proporcionar información a los investigadores para el desarrollo de trabajos de naturaleza aplicativa, y a los gestores del hospital mostrar evidencias científicas de la calidad del registro a fin de evaluar y optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados, en el caso de los profesionales de enfermería servirá para la adopción y decisión de alternativas de mejora en base a los resultados.

En lo social el desarrollo de registros enfermería que cumplan los estándares indicados, coadyuva en la mejora de la calidad de atención, consecuentemente la visión social del sistema sanitario, el hospital de Barranca y los profesionales de la salud; en tal sentido bajo este argumento se justifica socialmente el desarrollo del presente proyecto.

Metodológicamente se justifica porque se tributará con la validez y vigencia del instrumento de recolección de datos, se fortalecerá la línea de investigación Calidad en el cuidado.

VI. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE

6.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Moldakred et al² En el año 2021 efectuó una investigación en Noruega, con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería electrónicos, se trató de un estudio descriptivo transversal en una muestra de 38 registros de enfermería, arribaron a los siguientes resultados ninguno de los registros de pacientes auditados cumplió con los estándares para la práctica de documentación recomendada e identificó que la presión asistencial limita la calidad.

Figueredo et al¹¹. desarrolló una investigación el año 2019 en Brasil, con el objetivo de evaluar los registros de enfermería en una clínica de Minas Gerais, se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo documental, con una muestra de 189 pacientes, se usó un formulario de análisis documental, sus resultados indican que los datos generales fueron registrados correctamente mientras que el 65% de historias tienen el proceso del cuidado con registro incompleto, se advierte el uso de siglas y neologismos no estandarizados.

Suarez et al¹². En argentina el año 2019, desarrolló un estudio con el objetivo de evaluar los registros de enfermería en las historias clínicas de un hospital, en un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en una muestra de 208 historias, usó como instrumento una ficha de observación, sus resultados indican que los registros tienen una calidad media, problemas en el lenguaje, las terminologías ambiguas, y siglas no autorizadas.

Asmirajanti Et al.³ en Indonesia el año 2019 desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las actividades de enfermería en la prestación de los cuidados a partir de la documentación registrada, se trató de un estudio descriptivo documental en una muestra de 240 historias clínicas, los resultados muestran que el desempeño de los enfermeros en algunas actividades de enfermería estuvo por

debajo del estándar 80% debido de la falta personal, los cuidados de enfermería no se realizaron de forma sistemática y no se aplicó el pensamiento crítico durante el proceso de enfermería, muchos enfermeros no hicieron una evaluación biológica, pero procedieron a formular diagnósticos de enfermería y realizar intervenciones.

Valera Et al.⁵ en Brasil el año 2017 desarrollaron un estudio con el objetivo de verificar los registros de enfermería en pacientes hospitalizados en Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, se trató de un estudio descriptivo documental con una muestra de 92 registros, los resultados revelaron que el 21,8% de los registros presentaron enmendadura y en el 26,1% no consignó la identificación completa del profesional asistencial.

6.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Rojas¹³. en el año 2020 desarrolló un estudio con el objetivo de Determinar la relación entre la calidad de estructura y contenido de los registros de enfermería y la aplicación de la Norma Técnica No. 029-MINSA-DIGEPRES-V.02. fue un estudio descriptivo con una muestra de 226 historias, emplearon el formato de auditoría de Registro de Enfermería, arribaron a los siguientes resultados, se obtuvo en los Registros de Enfermería, las Notas de ingreso el 65% estaban incompletos, la evolución de Enfermería el 74.8% estaba completo, el kardex con registro completo era el 92.9%, la gráfica de Signos Vitales el 100% estaba completo, y en balance hidroelectrolítico solo el 41.2% completo.

Huasaja¹⁴. en el año 2019 desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la calidad de los registros de enfermería considerando sus dimensiones de estructura y contenido en el servicio de emergencia de adultos del Hospital San Juan de Lurigancho, se trata de un estudio descriptivo, con una muestra de 140 registros de enfermería, usaron como técnica el análisis documental cuyo instrumento fue la lista de chequeo, indican como resultado que el 76.5% tiene un registro optimo, el 16.4% regular, y son deficientes el 07.1%.

Alvarez¹⁵. en el año 2018 efectuó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de las anotaciones de enfermería en sala de operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se trató de un estudio descriptivo prospectivo, de análisis documental, los resultados que reportados fueron: el 53% de historias clínicas tienen un registro inadecuado y 47% registro adecuado, respecto a la dimensión estructura 63% es inadecuada y la dimensión contenido muestra que el 51% es inadecuada.

Saavedra¹⁶. en el 2017 efectuó una investigación con el objetivo de determinar la calidad de las anotaciones de enfermería en el centro quirúrgico de un hospital, en un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con una muestra de 66 historias clínicas, emplearon como técnica el análisis documental y como instrumento una lista de cotejo, los resultados obtenidos fueron: Calidad de las anotaciones de enfermería en términos generales en el centro quirúrgico durante el periodo perioperatorio, el 83,3% es regular y el 16,7% buena; en cuanto a la dimensión contenido, durante el preoperatorio el 95% es de calidad deficiente, y respecto a la dimensión estructura el 84,8% es regular.

6.3. BASES TEÓRICAS

6.3.1. Calidad del registro de Enfermería

Según Carpenito¹⁷, el registro de enfermería es una fuente de datos valiosos que puede usarse para planificar, enseñar, investigar, comunicar, evaluar, realizar el control de calidad asimismo es útil como documento legal.

Carvalho⁸ indica que los registros son evidencias que realizan los profesionales de Enfermería sobre acciones importantes, orientadas a resultados en la salud del paciente ello garantiza la calidad y

sostenibilidad de los cuidados, fortalece la comunicación, reduce los errores y duplicidad en los cuidados al paciente.

Los Registros de Enfermería son documentos que forman parte de la Historia Clínica en los Establecimientos de Salud, conocido también como notas en el que la Enfermera evidencia el cuidado brindado al paciente, durante las 24 horas¹¹. Este registro se realiza usando el SOAPIE que es un acrónimo del proceso de atención de enfermería (PAE), método científico aplicado a la práctica de enfermería para el cuidado del paciente^{10,17}.

El SOAPIE, en el Perú, es un indicador de calidad a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también los deberes del colectivo respecto al paciente, este indicador de calidad es utilizado para validar el contenido de las anotaciones que realiza la enfermera^{17,18}.

En el Perú, la Ley del trabajo del Enfermero 27669 ¹⁸, en el artículo 7 inciso A, promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala: Brindar cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería (PAE).

En el Reglamento de la Ley de Trabajo, aprobado por el Decreto Supremo N° 004- 2002¹⁹ en su artículo 4to. Del ámbito de la profesión de enfermería, menciona: “Un cuidado integral de enfermería, es brindar un servicio a la persona en todas las etapas de la vida, que abarcan desde la concepción hasta la muerte y en los periodos de Salud y enfermedad, con la aplicación del método científico a través del proceso de enfermería para un cuidado”

En consecuencia el registro de enfermería es un imperativo legal, científico y de calidad, que tiene que ser desarrollado por el profesional de enfermería en todos los niveles de atención y en los diferentes escenarios.

La evaluación de los registros asistenciales está contemplada en Norma Técnica No 029-MINSA/DIGEPRES.V.02²⁰, como parte de la auditoría de gestión clínica que incluye, entre otros, la evaluación de la calidad de los registros asistenciales, a través del cual se analiza el cumplimiento de lo establecido en la norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica vigente, entre los registros del(de la) Enfermero(a) se encuentran: hoja de balance hídrico, hoja gráfica de signos vitales, kárdex de enfermería y notas de evolución de enfermería.

6.3.1.1. Calidad del registro

Avedís Donabedian⁴⁴ considera que un buen registro de refleja una atención de calidad, esto proporciona al usuario un máximo y completo bienestar en todo momento, generando los mayores beneficios posibles. A su vez existen atributos de la atención que se convierten en determinantes mucho más poderosos de su calidad como son la continuidad y la coordinación de los cuidados. Un rasgo fundamental del primer atributo es la preservación de la información acerca de los hallazgos entre el equipo de salud.

6.3.1.2. El paciente prequirúrgico en emergencia

En el manejo de las emergencias existe un término conocido como la “*Hora Dorada*”, define la necesidad de un tratamiento inmediato y enérgico, que no solamente mantenga con vida al paciente, sino que lo haga en las mejores condiciones con el fin de soslayar en lo posible estas complicaciones posteriores, muchas veces consecuencia de un tratamiento timorato y tardío²¹.

En esta fase se desarrollan una serie de procedimientos que inician con la valoración inicial, hemos de observar el estado del nivel de consciencia, coloración de piel y determinar el pulso, se colocarán dos vías venosas en el sitio más accesible de grueso calibre y cortas. Las vías centrales se reservarán para la fase de estabilización. Si existe dificultad para canalizar una vía venosa, se canalizará una vía venosa femoral. Posteriormente, se realizará hemograma, bioquímica, estudio completo de coagulación, gasometría venosa y pruebas cruzadas para reservar y transfundir sangre en caso necesario. Si no se dispone de pulsioximetría, es conveniente obtener una gasometría arterial^{21,22}.

— **Anamnesis** Hacer una historia clínica completa y exhaustiva, preguntando por alergias medicamentosas, medicación actual, comorbilidad y antecedentes de cirugía previa¹⁴. El dolor abdominal es el elemento fundamental para evaluar a un paciente con un posible abdomen agudo. La duración, la localización, el modo de inicio, la irradiación y las características del dolor facilitan el diagnóstico. Los vómitos, el hábito intestinal, reviste importancia. Una anamnesis menstrual es importante en una mujer en edad fértil con dolor abdominal²².

- **Exploración física** La exploración física aporta información que ayuda al diagnóstico y tratamiento. El estado general del paciente y las constantes vitales, dictan la urgencia del estudio diagnóstico y de las medidas terapéuticas. La exploración abdominal empieza por una inspección, la auscultación abdominal ofrece datos sobre la presencia o ausencia de peristaltismo y percusión abdominal^{21,24}.

- **Pruebas de laboratorio** Incluye un hemograma completo, bioquímica y coagulación. El análisis de orina puede revelar signos de infección urinaria, hematuria, proteinuria. Toda mujer en edad fértil con dolor abdominal o hipotensión se someterá a un análisis de la gonadotropina coriónica beta en el suero o en la orina^{23,24}.

- **Estudios de imagen** Tanto la radiografía simple de tórax como la radiografía simple de abdomen y en bipedestación son útiles para el diagnóstico. La ecografía permite un examen rápido, seguro y barato de los órganos sólidos, detecta la distribución del líquido intraabdominal. La TC ha mejorado la exactitud diagnóstica ante los pacientes con dolor abdominal y además, revela detalles anatómicos y patológicos que no se ven en la radiografía simple y en la ecografía abdominal, tiene una sensibilidad del 70-80% y especificidad del 98%⁹, la utilizaremos en enfermos con estabilidad hemodinámica y cuando las pruebas diagnósticas anteriores no son concluyentes²¹.

6.3.2. Registros del paciente prequirúrgico²⁵

Los datos escritos por los profesionales de enfermería en los registros proporcionan una historia del curso clínico y de la

respuesta del paciente al tratamiento, la función del profesional de enfermería perioperatorio es la información y valoración preoperatoria del paciente, la evaluación postoperatoria de los cuidados suministrados en el intraoperatorio, así como el refuerzo de la información preoperatoria.

Todos los datos registrados deben:

- Estar escritos legiblemente.
- Ser objetivos.
- Escribirse con palabras completas, sin abreviaturas.
- Debe contener la fecha.
- Firmarse con firma legal completa.

6.3.2.1. Preparación pre operatoria: Antes de ser intervenido, al paciente se le realizaran las técnicas y pruebas detalladas a continuación²²

- Confirmación y verificación del procedimiento
- Valoración de funciones vitales
- Complementar los Registros Quirúrgicos de Enfermería, con la información requerida.
- Preparación y cuidados del campo operatorio.
- Asegurarse de que el paciente no lleva puesto: dentadura postiza, reloj, anillos, cadenas, horquillas, lentillas, piercing. Todo lo retirado debe ser entregado a la familia
- Administrar la medicación que este pautaada o se haya de administrar por Protocolo
- Registro de los cuidados efectuados.
- informar al Quirófano, si procede

6.3.2.2. Tipos de anotaciones de Enfermería.

Los registros asistenciales de enfermería que han quedado establecidos para ser auditados, están contemplados en la Norma Técnica No 029-MINSA/DIGEPRES.V.02 y son:^{28,29}

Hoja de Balance Hídrico: el balance hídrico es un cálculo comparativo entre el total de volumen aportado a un paciente y el total eliminado por este. Aunque generalmente se realiza en periodos de 24h, puede fraccionarse de forma horaria o por turnos de trabajo si las necesidades del paciente así lo requieren, aunque deberemos contar con registros adecuados para ello²⁸.

— **Hoja Gráfica de Signos Vitales:** Es el registro diario realizado por enfermería en base a las medidas terapéuticas prescritas, la representación gráfica de los signos vitales, el balance hídrico y los tipos de sondas o catéteres de cada paciente que ingresa en la Unidad²⁵.

— **Kárdex de Enfermería:** El kardex de enfermería presenta la información relacionada con las indicaciones médicas registradas al paciente como un plan de cuidados continuo; Es un documento clínico de uso exclusivo en el paciente, donde el personal de enfermería tratante actualizan y se mantienen enterados de la medicación, el horario y los diagnósticos²⁹.

— **Notas de Evolución de Enfermería:** La nota de enfermería es la herramienta práctica que expresa de forma escrita el acto de cuidar; se define como la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos tanto personales como familiares que se refieren a un paciente; razón por la cual se concibe como el registro escrito del acto de cuidado en el expediente clínico²⁹.

6.3.3. Dimensiones de la evaluación de calidad del registro

Es la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoria de Gestión Clínica^{28,29}.

5.3.3.1. Estructura de los registros de Enfermería²⁸.

Son los aspectos físicos de su redacción se basan en la “forma” de las notas, ello debe ser realizado con lenguaje técnico propio del sistema sanitario, que sea comprensible para todas²⁷.

- **Identificación:** Se refiere a los datos importantes y trascendentales del paciente que facilita la individualización y la continuidad de la atención brindada por el profesional de Enfermería²⁷.
- **Precisión de los registros de enfermería:** Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna^{19,28}.
- **Continuidad de los registros de enfermería:** Se caracteriza por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través de los registros, de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnósticos de Enfermería, plan de cuidados, intervenciones y evaluación²⁰.

- **Comprensibilidad de los registros de enfermería:** Se refiere a que las notas de Enfermería deben ser ordenadas, concisas, resumidas y concretas; presentando un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia, evitando ambigüedades en el registro; asimismo, deben presentar una estructura correcta y adecuada en su redacción reflejando orden y coherencia respecto a los cuidados y actividades realizadas²⁸.

- **Legibilidad de los registros de enfermería:** Se refiere a que las notas de Enfermería deben escribirse con letra clara, sin tachones, borrones, escribir con tinta pues el trazo con lápiz no se observa, se borra y da lugar a cualquier alteración^{28,29}.

6.3.3.2. Contenido de los registros clínicos de Enfermería.

El contenido de los registros de Enfermería se encuentra referido al tipo de información que contienen los registros; debiendo dicha información abarcar desde el ingreso del paciente hasta su alta hospitalaria, teniendo en consideración que estos registros deben reflejar aspectos que van a permitir la evaluación diaria del estado de salud del paciente³⁰.

Los elementos básicos que conforman las anotaciones de Enfermería relacionadas con la aplicación del Proceso de Enfermería en las etapas preoperatorias son:

- **Valoración de enfermería:** Es la primera etapa del proceso de atención en enfermería y es aquí cuando se recoge la información completa sobre la salud del paciente, diferenciándola como datos objetivos (recolectados mediante la observación y examen físico) y subjetivos (la manifestación del usuario sobre sí y su salud). La recolección es integral desde el enfoque físico, psicológico,

espiritual y social del paciente y también es consistente amparados en el modelo o teoría de enfermería seleccionado de acuerdo a la entidad hospitalaria³¹.

La NANDA recomienda a los profesionales de enfermería el desarrollo de la valoración siguiendo los patrones funcionales en base a los siguientes modelos:

Valoración diagnóstica según Marjory Gordon

M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano en cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente.

Este modelo aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA³².

Valoración según Necesidades humanas fundamentales de Virginia Henderson

Virginia Henderson define a la persona como un todo complejo compuesto por 14 necesidades. Si se utiliza este modelo de valoración, se agruparían los datos del paciente en cada necesidad básica.

Virginia Henderson estableció su clasificación teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales y también teniendo en cuenta los aspectos espirituales, este modelo incluye la noción de satisfacción de necesidades, es decir, la

capacidad y la estrategia de poder llenar una pérdida, y de mantener o mejorar un estado³¹.

- **Diagnóstico de Enfermería:** Es la segunda etapa del proceso de atención en enfermería, se evidencia en los registros mediante la adecuada decisión del diagnóstico enfermero sobre los problemas reales y/o potenciales del paciente, así como sus necesidades, ello permitirá visionar los cuidados más adecuados para el paciente²².
- **Planificación de Enfermería:** Es la tercera fase del proceso del cuidado enfermero, en el que se plantean objetivos concretos en base a los diagnósticos enfermeros identificados respecto a la salud del paciente. En este paso, se elabora el plan de cuidados³⁰.
- **Intervenciones de Enfermería, o ejecución:** Representa la cuarta fase de este proceso, en el cual se efectiviza las intervenciones planificadas por la enfermera para la recuperación de la salud del paciente³¹.
- **Evaluación de Enfermería. Evaluación:** Es la quinta y última etapa del proceso de atención de enfermería en el que se evalúa la efectividad de las intervenciones de enfermería, de acuerdo a la situación de salud actual del paciente. Concluye con la identificación de la enfermera mediante el sello y firma de la misma, el cual representa su responsabilidad sobre la salud de la persona³².

6.3.4. Teoría de enfermería: Teoría de la atención burocrática – Marilyn Anne Ray

Ray refiere que, en un hospital, el cuidado es un proceso social dinámico que surge como consecuencia de los diferentes valores, creencias, comportamientos y normas que se expresan en relación con el significado del cuidado y se relaciona con las competencias (cooperaciones) educativas, sociales, humanísticas, religiosas-espirituales y éticas, así como con fuerzas políticas, económicas, legales y tecnológicas de la cultura organizativa, que son influidas por las fuerzas sociales de la comunidad³³.

Según la teoría de Ray el significado del cuidado es distinto en el servicio de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos, en la unidad de oncología y en otras áreas del hospital y está influido por ciertos factores muy específicos de cada área, como los protocolos, las guías y la naturaleza específica del servicio³⁴.

Bajo las premisas anteriores el cuidado es el constructo primordial de la conciencia de la enfermería; en las áreas de emergencias donde los minutos restan posibilidades de sobrevivir, el enfermero ejecuta acciones en base a sus convicciones, las máximas de la experiencia y las normas internas, estas tienen que ser documentadas y/o registradas generando evidencias del cuidado³².

Parte del cuidado burocrático es el registro de enfermería y esto refleja las dimensiones espirituales y éticas de la atención y los complejos sistemas organizativos de atención sanitaria de manera que la teoría de la atención burocrática pueda informar sobre la atención recibida por el paciente durante su estancia en un área, servicio u hospital³⁵.

VII. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE ESTUDIO

7.1. Hipótesis:

Por la naturaleza del estudio la hipótesis está implícita.

7.2. Variables de estudio:

V₁ Calidad del registro de Enfermería

7.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad del registro de Enfermería	Conjunto de características propiedades y atributos que tienen los registros de enfermería como parte de la historia clínica, mediante el que se integra por escrito de forma sistemática y clara, los cuidados de enfermería brindados al paciente ^{44,46} .	Estructura del registro de Enfermería.	Son los aspectos físicos de su redacción se basan en la “forma” de las notas, ello debe ser realizado con lenguaje técnico propio del sistema sanitario, que sea comprensible para todos ⁴⁶ .	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los registros de enfermería. - Continuidad de los registros de enfermería. - Comprensibilidad de los registros de enfermería. - Legibilidad de los registros de enfermería 	Ordinal Calidad buena (30-38) Calidad regular (16-29) Calidad deficiente (0 - 15)
		Contenido del registro de Enfermería ⁴⁶ .	Elementos básicos que conforman las anotaciones de Enfermería relacionadas con la aplicación del Proceso de Enfermería en la etapa preoperatoria ⁴⁶ .	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de enfermería - Diagnóstico de Enfermería - Planificación de Enfermería - Intervenciones de Enfermería - Evaluación de Enfermería 	

VIII. OBJETIVOS

8.1 Objetivo General

Determinar la calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021

8.2 Objetivos Específicos

- Identificar la calidad del registro de enfermería en su dimensión contenido en en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021
- Identificar la calidad del registro de enfermería en su dimensión estructura en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021

IX. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

9.1. Tipo y nivel de investigación: según Grove y Gray³⁶ la presente investigación fue desarrollada siguiendo un enfoque cuantitativo dado que se levantó la información con instrumentos prediseñados y se analizó mediante el uso de la estadística, es de tipo básico porque se explora la realidad del problema, y de nivel descriptivo.

9.2. Diseño de la investigación: según Hernandez-Sampieri³⁷ es no experimental dado el análisis de la variable que fue desarrollada sin ninguna intervención deliberada. El estudio sigue un corte retrospectivo por que la información se obtuvo de las historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de emergencia los meses de enero a diciembre del año 2021^{36,37}.

El diseño específico de la presente investigación sigue el esquema de los estudios descriptivos de una sola variable.

M — O

Donde:

M: muestra en quien se realizará el estudio – pacientes prequirúrgicos

O: Información relevante o de interés – registros de enfermería

9.3 Población y muestra

La población estuvo integrada por historias clínicas de pacientes admitidos al servicio de emergencia que tenga como motivo de atención una patología quirúrgica de prioridad I-II, y que esta requiera ingreso inmediato a sala de operaciones, en los meses de enero- diciembre.

Según el área de estadística e informática del hospital de Barranca se tiene un reporte de 273 pacientes que ingresaron al centro quirúrgico procedentes del servicio de emergencia durante el periodo enero -diciembre 2021³⁸.

Muestra:

El muestreo que se utilizó en la investigación fue siguiendo el método probabilístico aleatoria simple donde se considera los siguientes parámetros:

$Z_{95\%} = 1.96$ Nivel de confiabilidad (nivel de confianza del 95%)

$p = 0.5$ Probabilidad de ocurrencia

$q = 0.5$ Probabilidad de no ocurrencia

$N = 273$ Población

$E_{5\%} = 0.05$ Margen de error

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times p \times q + e^2 \times (N - 1)}$$
$$n_0 = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 273}{0.05^2 \times 0.5 \times 0.5 + 0.05^2 \times 272}$$
$$n_0 = 75$$

La muestra estuvo integrada por 75 historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Historia clínica del paciente adulto que ingresa al servicio de emergencia por una patología quirúrgica de prioridad I o II y que fue operado en el hospital de Barranca en el periodo enero - diciembre 2021

- Historia clínica que cuente con formatos del registro y anotación de enfermería llenados en el servicio de emergencia.

Criterios de exclusión

- Historia clínica de paciente con emergencia quirúrgica que fue referido a otro hospital para su resolución

9.4 Unidad de análisis

Paciente adulto que se encuentra en el servicio de emergencia con patología quirúrgica de prioridad I Y II, que tiene indicado ingreso a sala de operaciones.

Fuente de información

Las fuentes de información fueron las historias clínicas de los pacientes con patología quirúrgica que ingresaron al servicio de emergencia y fueron resueltas en la sala de operaciones del hospital de Barranca, en periodo enero -diciembre 2021.

9.5 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

Técnica: Se empleó como técnica el análisis documental dado a que se acudió a las historias clínicas para la recolección de datos.

Instrumento: El instrumento es una lista de cotejo desarrollada en base a las directivas y establecidas por el MINSA para la evaluación de los registros de enfermería, esta ha sido adaptada por Cabanillas et al³⁹, cuya validez se aprobó mediante la prueba binomial y la confiabilidad a través de la prueba K de Richardson ($K=0.75$) que recogió datos relacionados a la calidad de los registros de enfermería; clasificados en 2 dimensiones: estructura y contenido del registro de enfermería. Estos ítems cuentan con enunciados de respuesta de tipo dicotómicas, relacionados a identificar la calidad de las anotaciones de enfermería, las opciones de respuesta de este instrumento son: “si cumple” y “no cumple” las acciones del enunciado.

En la dimensión estructura del registro de enfermería, la medición se realizó de la siguiente manera: calidad buena (14 a 20 puntos); calidad regular (7 a 13 puntos) y calidad deficiente (0 a 6 puntos).

En la dimensión de contenido de los registros de enfermería, la medición se estableció del siguiente modo: calidad buena (14 a 18 puntos); calidad regular (10 a 14 puntos) y calidad deficiente (0 a 9 puntos).

Procedimiento de recolección de datos:

- Se solicitó la autorización a la dirección del hospital de Barranca para la recolección de datos en el escenario de estudio.
- Una vez autorizado el ingreso al escenario para la recolección de la información, el desarrollo estuvo a cargo de la autora del estudio.
- Para la selección de las historias clínicas de procedió con el desarrollo de la selección aleatoria tomado como marco muestral la lista de historias clínicas de pacientes que ingresaron a sala de operaciones procedente de emergencias, esta fue proporcionada por el área de estadística e informática.
- El proceso de aleatorización se desarrolló en el programa Excel de Microsoft.
- Se seleccionaron 75 historias clínicas para integrar la muestra, adicionalmente se seleccionaron 10 historias para reemplazar en caso algunas de las historias seleccionadas inicialmente no se ubicables o tengan registros incompletos.
- La recolección de la información se efectuó en 2 horarios en la mañana (8.00am) y en la tarde (8.00 pm), en los meses de septiembre y octubre del 2022.
- Los equipos de protección personal y materiales de desinfección corrieron a cargo y costo de los investigadores, así mismo se cumplieron con todos los protocolos de bioseguridad establecidos por la institución.

9.6 Análisis de datos

Los datos numéricos fueron analizados empelando el programa Excel de Microsoft, en ella se desarrolló una base de datos tomando en consideración de las variables y sus dimensiones, posteriormente esta fue importada al programa SPSS-v25 para su análisis descriptivo, los datos se han organizado en cuadros estadísticos y grafico de frecuencias.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la ejecución del proyecto, se ha considerado el respeto irrestricto de los principios bioéticos, los convenios y tratados internacionales de ética en la investigación, además del respeto a la integridad científica, la autora se comprometió a respetar la dignidad y la integridad humana por ello la investigadora firmó un compromiso de confidencialidad⁴⁰ (ANEXO 1).

Se ha tenido en cuenta las siguientes pautas éticas considerando lo propuesto por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas CIOMS⁴¹.

- En todo momento se ha tenido en consideración como prioridad la reserva de identidad, por ello la información obtenida será usada exclusivamente para efectos del proyecto de investigación.
- Por ningún motivo la información obtenida por medio de los instrumentos pondrá en riesgo el equilibrio psicoemocional del paciente, ni la intimidad ni otros derechos conexos.
- El procedimiento de recolección de datos tiene carácter anónimo, los resultados del análisis documental serán manejados bajo estrictas medidas de confidencialidad y reserva, por ello se han codificado las fichas de recolección de datos, de ninguna manera se revelarán datos personales, antecedentes patológicos, ni información familiar de carácter íntimo, a menos que exista una evidencia de la comisión de algún delito, o se ponga en peligro la salud colectiva.

XI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

11.1 Resultados

Tabla 1. Calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021.

CALIDAD DEL REGISTRO	n	%
Calidad buena	30	40.0
Calidad regular	38	50.7
Calidad deficiente	7	9.3
Total	75	100

En la tabla 1. Percibimos que el registro de enfermería en el paciente prequirúrgico, es de calidad regular (50.7%), mientras que el 40% es de calidad buena.

Tabla 2. Calidad del registro de enfermería en la dimensión contenido en en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021.

CALIDAD DEL REGISTRO DE CONTENIDO	n	%
Calidad buena	33	44.0
Calidad regular	27	36.0
Calidad deficiente	15	20.0
Total	75	100.0

En la tabla 2. Se aprecia que la calidad del registro según la dimensión contenido es de calidad buena en un 44%, mientras que el 36% es de calidad regular.

Tabla 3. Calidad del registro de enfermería en la dimensión estructura en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021.

CALIDAD DEL REGISTRO DE ESTRUCTURA	n	%
Calidad buena	29	38.6
Calidad regular	42	56.0
Calidad deficiente	4	5.4
Total	75	100

En la tabla 3, se observa la calidad del registro de enfermería según la dimensión estructura es a predominio regular con un 56%, además el 38.6% es de calidad buena.

11.2 Discusión

Los registros de enfermería son documentos que indican evidencia escrita en la historia clínica del cuidado que brinda el profesional de enfermería, permite la continuidad de los cuidados de enfermería y es una fuente de comunicación entre los profesionales de la salud, está revestida de importancia legal. La falta de calidad de los registros tiene repercusiones y consecuencias negativas, se debe asegurar seguir las normas establecidas para obtener registros óptimos para así lograr el fortalecimiento del profesional y asegurar un cuidado de calidad al paciente.

La presente investigación responde a la necesidad de estudiar un problema real en el ámbito asistencial, específicamente en un área crítica donde el sistema de cuidado es muy dinámico, con alta exigencias profesional que busca la intervención oportuna, para evitar la muerte y las complicaciones discapacitantes del paciente; en este escenario se prioriza la vida del paciente sobre cualquier acto administrativo, los registros y anotaciones de enfermería se postergan para “después”, es decir se regularizan luego de la resolución de la emergencia, priorizando así los procedimientos de rescate y el restablecimiento de la vida.

Para la OMS⁴⁵ los registros de enfermería en el servicio de emergencias requieren de una documentación muy rigurosa de los cuidados y procedimientos, para evitar riesgos indeseados en el proceso de atención; el correcto registro de enfermería permite evidenciar el cuidado y evitar errores, así como también conseguir una adecuada calidad en la atención de la salud.

El servicio de emergencia del hospital de Barranca, oferta servicios a pacientes con diferentes enfermedades de alto riesgo vital, entre ellas las emergencias quirúrgicas, siendo las comunes: apendicitis aguda, traumatismos abiertos, y emergencias ginecobstetricias con resolución quirúrgica, durante el periodo de estudio se ha identificado que el 56% de las emergencias quirúrgicas fueron por

apendicitis aguda y abdomen quirúrgico, 24% cesárea y otras emergencias obstétricas.

Es importante mencionar que durante el periodo pandémico los actos quirúrgicos que fueron atendidos en el hospital de Barranca han sido cirugías de emergencia, en ese sentido los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica provenían de un servicio con alta sobrecarga de pacientes, donde el equipo de salud resuelve los problemas en base a las prioridades y el riesgo vital.

En la tabla 1. Percibimos que el registro de enfermería en el paciente prequirúrgico, es de calidad regular en un 50.7%, mientras que el 10% es de calidad mala, es decir el 60% de historia clínicas no evidencian un registro adecuado, estos resultados coinciden con los hallados por Moldakred² quien indica que ninguno de los registros de pacientes auditados cumplió con los estándares para la práctica de documentación recomendada e identificó que la presión asistencial limita la calidad.

Por su parte Figueredo et al¹¹ indica que el 65% de historias tienen el proceso del cuidado con registro incompleto, se advierte el uso de siglas y neologismos no estandarizados, del mismo modo Suarez et al¹² indica que los registros presentaron una calidad media, siendo los problemas más frecuentes el lenguaje, las terminologías ambiguas, y siglas no autorizadas.

El incompleto registro podría deberse a la falta de personal tal como indica Asmirajanti Et al.³ quien sostiene que el desempeño de los enfermeros en algunas actividades de enfermería estuvo por debajo del estándar 80% debido de la falta personal, los cuidados de enfermería no se realizaron de forma sistemática y no se aplicó el pensamiento crítico durante el proceso de enfermería.

En la tabla 2. Se aprecia que la calidad del registro según la dimensión contenido es de calidad buena en un 44%, mientras que el 36% es de calidad regular, esta dimensión hace referencia a las formas de los registros, e decir a los aspectos físicos de su redacción, el tipo de lenguaje, la identificación, la legibilidad, etc.

Al respecto algunos investigadores han determinado resultados disímiles; Alvarez¹⁵ indica que el 51% de los registros muestran una calidad inadecuada de contenido, por su parte Saavedra¹⁶ reporta que el registro de la dimensión contenido, es de calidad deficiente en un 95% durante el preoperatorio inmediato.

Esta dimensión podemos describirla mejor recurriendo a los gráficos considerados en el anexo, el 12% de los registros de enfermería no consigan los nombres y apellidos del paciente, el 28% no registra el número de la historia clínica, el 44% no identifica el número de cama (grafico 01), esto indica que la identificación del paciente en los registros de enfermería es irregular, todos los formatos de notas de enfermería deberían consignar datos más importantes, su omisión podría generar problemas en el proceso de comunicación terapéutica y de cuidado.

Del mismo modo en el grafico 2 percibimos que el 42.7% de registros no evidencia una secuencia lógica en la redacción, y el 32% no cuantifican los hallazgos observados, y el 17% no registra la hora de ejecución de las intervenciones de enfermería, al respecto es importante mencionar que evidenciar la secuencia del cuidado y el registro cuantificado de los hallazgos (fiebre, micción, taquicardia), permiten mejorar la continuidad del cuidado, tomando como datos basales las evidencias cuantificadas que permitan hacer comparaciones posteriores.

La comprensibilidad de las anotaciones es uno de los requisitos necesarios de un correcto registro, durante el periodo de estudio se han identificado el 36% hace uso de abreviaturas no oficiales, el 30.7% presentan enmendaduras, y el 25% presenta espacios en blanco que pueden ser llenados posteriormente (grafico 3), los errores en la comprensibilidad podrían generar dificultades y confusión en la interpretación e inducir a errores durante la toma de decisiones.

Otro indicador importante del registro de enfermería es la legibilidad, es decir que las anotaciones deben de ser escritas con letras claras y legibles, sin tachas ni borrones, en el gráfico 4, podemos percibir que el 17.3% de registros muestran textos con dificultades para la lectura, que dificulta su comprensión, además el 17%

no consigna la firma del profesional responsable de la atención y el 33% no registra el sello.

En la tabla 3, se observa que la calidad del registro de enfermería según la dimensión estructura es a predominio regular con un 56%, y el 38.6% es de calidad buena. Estos resultados coinciden con los reportes de Alvarez¹⁵ que indica que la calidad del registro de la dimensión estructura es inadecuada en un 63%, por su parte Saavedra¹⁶ reportó que el registro en la dimensión estructura fue regular en un 84.8%.

Cajaleón⁴³ en un estudio sobre la estructura del registro indica, que el 48.6% tiene una calidad de registro medio y el 27.9% una calidad baja, el mismo estudio reporta que la calidad de registro de proceso de atención de enfermería es medio en un 42.7%, sin embargo, respecto al registro de la seguridad del paciente indica que es alto con un 79.5%.

Desarrollando un análisis por indicadores, podemos manifestar respecto a la valoración de enfermería, que el 85% de los registros indican los hallazgos del examen físico, el 30.7% no registra la valoración del estado emocional, el 44% no indica el estado general del paciente, y finalmente el 30.7% no evidencia valoración según patrones funcionales o dominios (Gráfico 5). La fase de valoración es una etapa muy importante del proceso de atención de enfermería, en ella se registran los datos objetivos y subjetivos del paciente, es a partir de ella que se identifican los problemas para su posterior planificación e intervención.

En el grafico 6 se puede evidencia que los diagnósticos de enfermería no registran los componentes de los diagnósticos según NANDA, tampoco se evidencia la priorización de los diagnósticos en el 30.7% de los registros evaluados, esto indica que aún persiste la deficiencia en la formulación de diagnósticos según el lenguaje normalizado.

Cuando se utiliza un lenguaje normalizado para documentar la práctica profesional, se puede comparar y evaluar la efectividad de los cuidados

suministrados en múltiples situaciones por profesionales de la enfermería. El uso del lenguaje normalizado hace visible la esencia de los cuidados enfermeros y ayuda en la mejora de la práctica cotidiana. Su desarrollo y utilización sirve de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados facilitando la aplicación clínica de las intervenciones de enfermería⁴³.

La fase de valoración se sigue en base a un formato estandarizado diseñado por dominios, al respecto la NANDA recomienda desarrollar la valoración del paciente siguiendo los patrones funcionales de Gordon o las 14 necesidades de Virginia Henderson, Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad⁴⁶.

Respecto a la planificación (Gráfico 7) de enfermería se ha hallado que el 40% de registros no evidencian el establecimiento de resultados en base al problema, y el 33.3% no registra intervenciones en base a la etiología NIC, y el 30.7% no relaciona objetivos con diagnóstico de enfermería.

La intervención de enfermería o también conocida como ejecución, esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se han decidido aplicar, los mismos que tienen que ser registrados en las anotaciones de enfermería, en el presente estudio se han encontrado los siguientes datos que se muestran en el gráfico 8, el 17.3% no registra la presencia de incidentes, o complicaciones evidenciadas durante el turno, así mismo; el 22.7% no registra las intervenciones y cuidados del preoperatorio consignando la hora, finalmente se ha determinado que el 100% de historias registran la colocación de dispositivos en el paciente.

Es importante también el registro de la evaluación de enfermería una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con

los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: las medidas de prevención y seguridad aplicadas al paciente, el estado general, las intervenciones pendientes, y el logro de los resultados esperados, en esta investigación se ha encontrado que el 57.3% de los registros de evaluación no indican la condición del paciente al concluir el turno, y el 40% no registra las intervenciones en base a los resultados esperados (NOC).

Desde la mirada de la teoría de atención burocrática de Anne Ray, podemos sostener que el cuidado está revestido de principios, normas y procedimientos institucionalizados, de obligatorio cumplimiento, donde cada profesional tiene su especialidad, su responsabilidad y una división de tareas; en el servicio de emergencias la distribución de roles está bastante definido, los procedimientos a practicar están establecidos en protocolos y guías de práctica clínica.

Siguiendo los postulados de Ray³³, indicaremos que los registros de enfermería responden a las exigencias de la burocracia del cuidado, las directivas internas de cada hospital, y las guías nacionales de registro de historia clínica disponen normas estandarizadas, formatos y pautas para el correcto registro de las actividades, procedimientos, exámenes y terapéutica del paciente.

El lenguaje enfermero sigue también un patrón burocrático estandarizado, es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados, su empleo en diversos servicios asistenciales depende de ciertos factores³⁴.

Los servicios de emergencia poseen ciertas características, (tecnología, dilemas éticos, complejidad de los pacientes) que pueden condicionar el uso y registro correcto del lenguaje enfermero, generando una dificultad o una priorización sesgada de los problemas, debilitando la calidad del cuidado y la satisfacción plena de las necesidades del paciente pre quirúrgico^{32,35}.

Bajo las premisas anteriores el cuidado es el constructo primordial de la conciencia de la enfermería; en las áreas de emergencias donde los minutos restan posibilidades de sobrevivir, el enfermero ejecuta acciones en base a sus convicciones, las máximas de la experiencia y las normas internas, estas tienen que ser documentadas y/o registradas generando evidencias del cuidado³².

Citaremos las limitaciones metodológicas identificadas en el desarrollo del presente estudio: en primera instancia el porte muestral, si bien es cierto se contaba con una buena población, luego de la aplicación de los criterios de selección y la fórmula muestral se redujo, sin embargo la selección de los sujetos de estudio fueron seleccionados de manera aleatoria, es de mencionar también que el instrumento de recolección de datos inicialmente elegida, poseía ciertas inconsistencias, es por ello que fue adaptada al servicio de emergencias, la misma que fue validada por profesionales de enfermería especialistas en el área, mencionar también que han identificado posibles sesgos, como el sesgo de selección, estas han sido controladas mediante la aleatorización de la muestra.

XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1 Conclusiones

- El registro de enfermería en el paciente prequirúrgico, es de calidad regular (50.7%), mientras que el 40% es de calidad buena.
- La calidad del registro según la dimensión contenido es de calidad buena en un 44%, mientras que el 36% es de calidad regular.
- La calidad del registro de enfermería según la dimensión estructura es predominantemente regular con un 56%, y el 38.6% es de calidad buena.

11.2. Recomendaciones

- Se recomienda a los docentes de las escuelas de enfermería a fortalecer las capacidades y competencias de los estudiantes en la aplicación del proceso de atención de enfermería y el registro respectivo, dado que esto es importante por ser una herramienta de comunicación entre profesionales.
- A las enfermeras de los diferentes hospitales, especialmente a quienes trabajan en los servicios de emergencia, a desarrollar planes de mejora continua para optimizar los registros de enfermería.
- A los investigadores a desarrollar estudios multicéntricos para evaluar la calidad del registro de enfermería, es importante también el desarrollo de investigaciones en los demás servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velez G, García J. La importancia de los registros de Enfermería para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias hospitalario, resumen de congreso en línea, [internet] (visitado 10/01/2022) URL disponible en: <http://congresoenfermeria.es/libros/2011/salas/SALA%202020/Pag2/LA%20IMP%20ORTANCIA%20DE%20LOS%20REGISTROS...pdf>
2. Moldakred, P, Snibsøer, A, Espehaug, B. Mejora de la calidad de la documentación de enfermería en una residencia de ancianos: una auditoría clínica. BMC Enfermería [internet] 2021 (consultado 18/01/2022) URL disponible en. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00629-9>
3. Asmirajanti, M., Hamid, AYS & Hariyati, RTS Actividades de atención de enfermería basadas en documentación. BMC Enfermería 18, 32 [internet] (2019) (consultado 18/01/2022), URL disponible en <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>
4. Meneces P. Calidad del registro de enfermería S.O.A.P.I.E. en la unidad de cuidados intensivos neonatales hospital seguro social universitario La Paz [tesis en línea] (visitado 20/02/2022) URL disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/3981/TE-836.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Valera V et al. Enfermería registros en unidades de cuidados intensivos pediátricos: un estudio descriptivo, revista en línea. Brasil. Paz [artículo en línea] (visitado 11/01/2022) URL disponible en: <https://www2.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85030751773&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Quality+of+Nursing+Records&nlo=&nlr=&nls=&sid=87e047945679c8c0b7f6e577339e4c12&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%2bscosubtype%2c%22ar%22%2ct%2bscosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=41&s=TITLE-ABS->

KEY%28Quality+of+Nursing+Records%29&relpos=190&citeCnt=1&searchTerm=

6. Candido, A et al. Informações de Enfermagem registradas nos prontuários frente às exigências do Conselho Federal de Enfermagem. Rev. Paul. Enferm.(Online); Artigo em Português | LILACS, BDENF - Enfermería | ID: biblio- 970750. [internet] (visitado 11/01/2022) URL disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/> .
7. Mateos G. Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2017 [internet] (visitado 11/01/2022) URL disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/69103/Tesis%20Doctoral%20Maria%20Dolores%20Mateos%20Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Carvalho L. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. Analysis of quality of nursing records. Revista ACRED -ISSN 2237-5643 v. 6, n. 11 (2017): 59 –71. [internet] (visitado 11/01/2022) URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5602115.pdf>
9. Idrogo et al. Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. Rev. RECIEN. 2020; Vol. 9 / N° 1. [internet] (visitado 11/01/2022) URL disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/10>
10. Rojas A. Calidad de registros de Enfermería y su relación con la aplicación de la Norma Técnica No. 029-MINSA [Tesis en línea] (visitado 09/01/2022) URL disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1558/T037_2042_8308_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Figueredo et al Evaluación de los Registros de Enfermería de Pacientes Internados en la Clínica Médica de un Hospital Universitario de la Región Norte

- del Estado de Minas Gerais [internet] (visitado 09/01/2022) URL disponible en:
<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6348>
12. Suarez et al. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019. [Artículo en línea], (visitado 09/01/2022) URL disponible en:
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/29154/29988>
13. Rojas A. Calidad de registros de Enfermería y su relación con la aplicación de la Norma Técnica No. 029-MINSA [Tesis en línea] (visitado 09/01/2022) URL disponible en:
https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1558/T037_2042_8308_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Huasaja J. Calidad de los registros de Enfermería en el servicio de Emergencia de adultos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. [internet] Tesis en línea, (visitado 09/01/2022) URL disponible en:
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3016233>
15. Alvarez D. Calidad de las anotaciones de enfermería en sala de operaciones. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, 2016. [Tesis en línea], (visitado 09/01/2022) URL disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8209/Alvarez_r_d.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. Saavedra J. Calidad de las anotaciones de enfermería en el centro quirúrgico Hospital Apoyo II-2 Sullana 2017, [Tesis en línea], (visitado 09/01/2022) URL disponible en:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/7091/Tesis_59201.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Carpenito L. Manual de diagnósticos enfermeros 15ta ed. Wolters Kluwer. 2017.
18. Colegio de enfermeros del Perú, Ley de Trabajo enfermero Ley N° 27669, aprobado por el Decreto Supremo N° 004- 2002. Lima, 2016.

19. Reglamento de la ley de Trabajo, aprobado por el Decreto Supremo N° 004- 2002 [internet]. (visitado 15/02/2022) URL disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/normasLegales/DS_004_2002_SA.pdf
20. MINSA. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud, Lima 2016. [internet]. (visitado 22/04/2022) URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>
21. Lopez J. Cirugía de urgencias, Valoración preoperatoria del paciente quirúrgico urgente [internet] (visitado 09/01/2022) URL disponible en: <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/gatcu/gatcu.pdf>
22. Courtney M. et al. Sabiston Tratado de Cirugía 17ª Edición 2017; II: 1222-3.pp.145-162.
23. Puyana J, Maatthew R, Ronald F. Cuidados intensivos quirúrgicos. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 2016; 86 (6): 1457-77.
24. Prez D, Ceballos J, Cirugía de Urgencias, sección de trauma y cirugía de urgencias, [libro virtual], edición 2019. (visitado 22/01/2022). URL disponible en: https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugiadeurgencias_2019.pdf
25. Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica, 14ª ED pp. 145-157. 2019.
26. Klingensmith M, Wise P. Manual de cirugía de Washington, Lippincott Williams & Wilkins, 2021
27. Suarez et al. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019. [internet] Revista en línea. (visitado 09/01/22) URL disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/29154/29988>

28. MINSA. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud [internet] (visitado 09/01/22) URL disponible en: (visitado 09/01/22) URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>
29. Aragon S. Notas de enfermería: una mirada a su calidad, artículo en línea, [internet] (visitado 09/01/22) URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200015
30. Iyer P, Taptich B, Bernocchi L. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 5ta Edición. México: Mc Graw Hill – Interamericana 2015.
31. Jara F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Universitaria, 13(4), 208–215. (visitado 09/01/22) URL disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
32. Myers E. Notas de Enfermería, edit. MC Graw Hill, 4ta edición. 2015.
33. Marriner T, Martha A. Modelo y teorías en enfermería. 9na edición. Editorial Elseiver, Barcelona, España. 2018.
34. Leddy S, Pepper J. Bases conceptuales de la Enfermería como profesión. 8va edición, Ed. J.B Lippincott Company, Londres. 2013.
35. Ray J. Teoría de la atención burocrática. Alligood, M.R (Ed), Modelos y teorías en enfermería (pp. 113-130). España: Elseiver. 2017.
36. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, 6ta edición. Elsevier, Madrid- España. 2016.
37. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación, editorial Mc Graw Hill, 6ta edición Ciudad de México- 2014.

38. Hospital de Barranca, estadística en informática reporte de atenciones del servicio de centro quirúrgicos según procedencia, año 2021.
39. Cabanillas L, et al. Calidad de las anotaciones de enfermería en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz. Lima – 2016. [Tesis en línea], (visitado 17-01-2022). URL disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/666?locale-attribute=en>
40. CONCYTEC, Código Nacional de la Integridad Científica [internet] (visitado 17-01-2022). URL disponible en: <https://portal.concytec.gob.pe/images/publicaciones/Codigo-integridad-cientifica.pdf>
41. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, [internet] (visitado 17-01-2022). URL disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
42. Donabedian A. La calidad de la atención médica. DF, México: La Prensa Médica Mexicana; 1984
43. Cajaleon L. Calidad del registro de enfermería en el servicio hospitalización de Medicina II del Hospital Alberto Sabogal Callao, 2017. [internet] (visitado 17-11-2022). URL disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/22474/Cajale%C3%B3n%20CLM.pdf?sequence=1>
44. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. Nursing Interventions Classification (NIC). 3.a edición. Harcourt. 2018.

45. OMS. Enfermería, [web site] (visitado 17-11-2022). URL disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
46. Marcos H. Metodología de enfermería: fases del proceso de enfermería. valoración diagnóstica según patrones funcionales de marjory gordon. (NOC Y NIC)
https://www.academia.edu/17228786/Modelos_de_valoracion_de_enfermeria

ANEXOS

ANEXO 01

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Conste por el presente Compromiso de Confidencialidad que suscribe la investigadora del tema: **CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE BARRANCA - 2021**, manifiesta:

PRIMERO: durante el proceso de recolección de datos me comprometo a guardar absoluta confidencialidad respecto a toda información, data o documentación a la que tenga acceso directa o indirectamente como consecuencia de mi participación en el desarrollo de la presente investigación.

De la misma manera, me comprometo a no reproducir, transformar, distribuir, ni comunicar a terceros, la información, data, ni documentos e instrumentos que utilice y que se generen para efectos del presente estudio sin antes garantizar el anonimato y la reserva de identidad.

Me comprometo a remitir las bases de datos con los resultados de los análisis que se obtengan al Hospital de Barranca, para posibles nuevos estudios o investigaciones.

Para efectos del presente compromiso, la información confidencial puede incluir: datos de filiación de los pacientes, antecedentes patológicos, información íntima, documentos, reportes, y otros datos que son de interés propio del paciente.

SEGUNDO: declaro conocer que cualquier incumplimiento del presente compromiso podrá dar lugar al inicio de las acciones administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.

TERCERO : me comprometo a cumplir con lo detallado líneas arriba.

Bach. **LILIA NOEMI MATIENZO RAFAEL**

ANEXO 02

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE BARRANCA - 2021

INSTRUCCIONES. La presente lista de cotejo forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre la calidad de las anotaciones de Enfermería en el centro quirúrgico de esta institución; por lo que a continuación se presenta una serie de enunciados, el cual será analizado detenidamente y se marcará con un aspa (x) según los hallazgos. Al observar las anotaciones de enfermería de la historia clínica respectiva. Se tendrá en cuenta la siguiente valoración al momento de realizar la verificación respectiva:
SI = Si cumple las acciones del enunciado.
NO = No cumple las acciones del enunciado.

Código: **Número de Cama:** **Edad:** **Diagnostico:**.....

N	ENUNCIADO	SI	NO
	ESTRUCTURA REGISTRO CLÍNICO		
	IDENTIFICACIÓN		
1	Se identifica el nombre y apellido del paciente.		
2	Se identifica el número de historia clínica del paciente.		
3	Se identifica el número de cama del paciente.		
4	Se identifica la fecha y hora de atención al paciente.		
5	Se registran los signos vitales del paciente (temperatura, frecuencia cardiaca, respiración, etc.) de acuerdo al turno de atención respectivo (mañana, tarde o noche)		
6	Se registra la información detallada sobre el estado de salud del paciente al momento de brindar los cuidados respectivos.		
	CONTINUIDAD		
7	Se encuentra establecido el plan de cuidados que se brindará en la atención del paciente.		

8	Se registra la hora de la ejecución de las intervenciones de Enfermería brindadas al paciente.		
9	Se registran los medicamentos administrados al paciente especificando nombre genérico, hora, dosis y vía de administración respectiva.		
10	Se registran los hallazgos observados en el paciente en términos “cuantificables” (medibles o verificables).		
11	Se evidencia tener una secuencia estructurada y lógica en su redacción.		
	COMPRESIBILIDAD		
12	Los registros reflejan orden y coherencia en su redacción.		
13	Las notas de enfermería no presentan enmendaduras en el relleno de la historia clínica (uso de corrector, palabras tachadas con lápiz o lapicero).		
14	Los registros evidencian el uso de abreviaturas no oficiales.		
15	Los registros presentan líneas o espacios en blanco que pueden ser rellenos posteriormente por cualquier otro personal de salud.		
	LEGIBILIDAD		
16	Los registros se encuentran redactados con letra legible y de fácil comprensión.		
17	En los registros se identifica el uso de colores de lapiceros oficiales de acuerdo al turno de atención (azul diurno y rojo noche).		
18	En los registros de enfermería se registra la firma del profesional de Enfermería responsable de la atención.		
19	En las notas de Enfermería se registra el sello del profesional de Enfermería responsable de la atención		
20	En los registros de enfermería se registra claramente número de horas en: NPO, algún signo de alarma (fiebre, somnolencia).		
	CONTENIDO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS		
	VALORACIÓN		
21	En los registros de enfermería se evidencia la valoración según patrones funcionales o dominios.		
22	En los registros clínicos de enfermería se registra los datos que expresa el paciente al ingresar al servicio; por ejemplo: “paciente refiere sentir temor”, “tiene hambre, sed o sueño”.		
23	En los registros de enfermería se registra la valoración del estado general del paciente durante el período preoperatorio (estable, delicado, grave).		
24	En los registros de enfermería se registra la valoración del estado emocional del paciente (llanto, temor, Desesperación, etc.).		

25	En los registros de enfermería se registra los hallazgos encontrados en el examen físico del paciente		
	DIAGNOSTICO		
26	En los registros de enfermería se registran los diagnósticos de enfermería identificados en el paciente según NANDA		
27	En los registros de enfermería se evidencia la priorización de los diagnósticos.		
28	En los registros de enfermería se identifican los componentes de los diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA (etiqueta descriptiva, definición, características definatorias y factores etiológicos)		
	PLANIFICACIÓN		
29	En los planes de cuidado de enfermería se evidencia que, los objetivos formulados en el cuidado del paciente guardan relación con los diagnósticos de enfermería establecidos inicialmente.		
30	Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología (NIC)		
31	Establece los resultados esperados en base al problema		
	INTERVENCIÓN		
32	En los registros de enfermería se registran las intervenciones y cuidados que se brindan al paciente, durante el período preoperatorio consignando la hora de atención.		
33	En los registros de enfermería se registra la colocación de dispositivos en el paciente (sonda vesical, sonda nasogástrica)		
34	En los registros de enfermería se registra la presencia de incidentes u otras complicaciones que se hayan presentado durante el turno.		
	EVALUACIÓN		
35	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC), al finalizar el turno y/o la entrega a centro quirúrgico.		
36	En los registros de enfermería se registra los cuidados e intervenciones pendientes.		
37	En los registros de enfermería se registra condición del paciente al concluir el turno		
38	Registra las medidas de prevención y seguridad aplicadas al paciente prequirúrgico.		

ANEXO 03

LISTA DE COTEJO PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE BARRANCA - 2021”

Nombre del instrumento a evaluar:

“CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO”

Doctor/a / Magíster / Licenciado/a: _____

Se presenta a Ud. el cuestionario que contiene la lista de cotejo con los criterios para el análisis del Instrumento de Recolección de Datos.

Nº	Criterios	SI	NO	Observaciones/Sugerencias
01	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
02	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de la investigación?			
03	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?			
04	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con la/s variable/s en estudio?			
05	¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?			
06	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
07	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?			
08	¿Del instrumento de recolección de datos Ud. eliminaría algún ítem?			

09	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Otros comentarios y/o sugerencias:

Atentamente,

Fecha: _____

Firma

ANEXO 04
REPORTE DE VALIDACIÓN

N°	CRITERIOS	LUEZ	JUEZ	JUEZ	JUEZ	JUEZ	JUEZ
		I	II	III	IV	V	VI
01	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	1	1	1	1	1	1
02	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de la investigación?	1	1	1	1	1	1
03	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	1	1	1
1	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con la/s variable/s en estudio?	1	1	1	1	1	1
05	¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	1	1	1
06	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	1	1	1	1	1	1
07	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	1	1
08	¿Del instrumento de recolección de datos Ud. eliminaría algún ítem?	0	0	0	0	0	0
09	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. agregaría algún ítem?	0	1	0	0	0	0
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1		1	1
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	1	1	1

LEYENDA: SI = 1

NO= 0

Coefficiente de validez: 0.84 que indica homogeneidad

ANEXO 08**DATOS DE LOS EXPERTOS**

EXPERTOS	INSTITUCIÓN	AREA ESPECIALIDAD	PROFESIÓN	CEP
MENDOZA VIRHUEZ JENNY	HOSPITAL DE BARRANCA	EMERGENCIAS Y DESASTRES	ENFERMERA	60028
LUZ ROSMERI MAURICIO VALENCIA	HOSPITAL DE BARRANCA	ESP. CENTRO QUIRURGICO	ENFERMERA	09023
OLGA G. VALDERRAMARIOS	UNAC/UCV	DRA EN ENFERMERÍA	ENFERMERA	027825
CLOREDA JUIPA BARRERA	HOSPITAL DE BARRANCA	ESP. CENTRO QUIRURGICO	ENFERMERA	24749
SONIA MARGOT REYES SALVADOR	HOSPITAL DE BARRANCA	ESP. CENTRO QUIRURGICO	ENFERMERA	04573
TEODOMIRO MARTINEZ ARBOLEDA	HOSPITAL DE BARRANCA	CIRUJANO	MEDICO	18049

ANEXO 9

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>GENERAL ¿Como es la calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico , Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021?</p>	<p>GENERAL Determinar la calidad del registro de Enfermería en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021,</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> — Identificar la calidad del registro de enfermería en su dimensión contenido en en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021 — Identificar la calidad del registro de enfermería en su dimensión estructura en el paciente prequirúrgico, Servicio de Emergencia Hospital de Barranca – 2021. 	<p>Por la naturaleza del estudio la hipótesis está implícita.</p>	<p>Variable 1: Calidad del registro de Enfermería</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Investigación básica, descriptiva</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN No experimental, correlacional retrospectivo.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA Población 273 pacientes admitidos al servicio de sala de operaciones procedentes de emergencia, en los meses de enero – diciembre del 2021 Muestra: 74 pacientes.</p> <p>UNIDAD DE ANÁLISIS Historia clínica de paciente adulto que se encuentra en el servicio de emergencia con patología quirúrgica de prioridad I Y II, que tiene indicado ingreso a sala de operaciones.</p> <p>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACION DE DATOS -Técnica: análisis documental -Instrumento: ficha de registro documental</p> <p>ANALISIS DE DATOS Se utilizará el software SPS versión 25.0.</p>

ANEXO 10

Gráfico 01. Identificación del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021

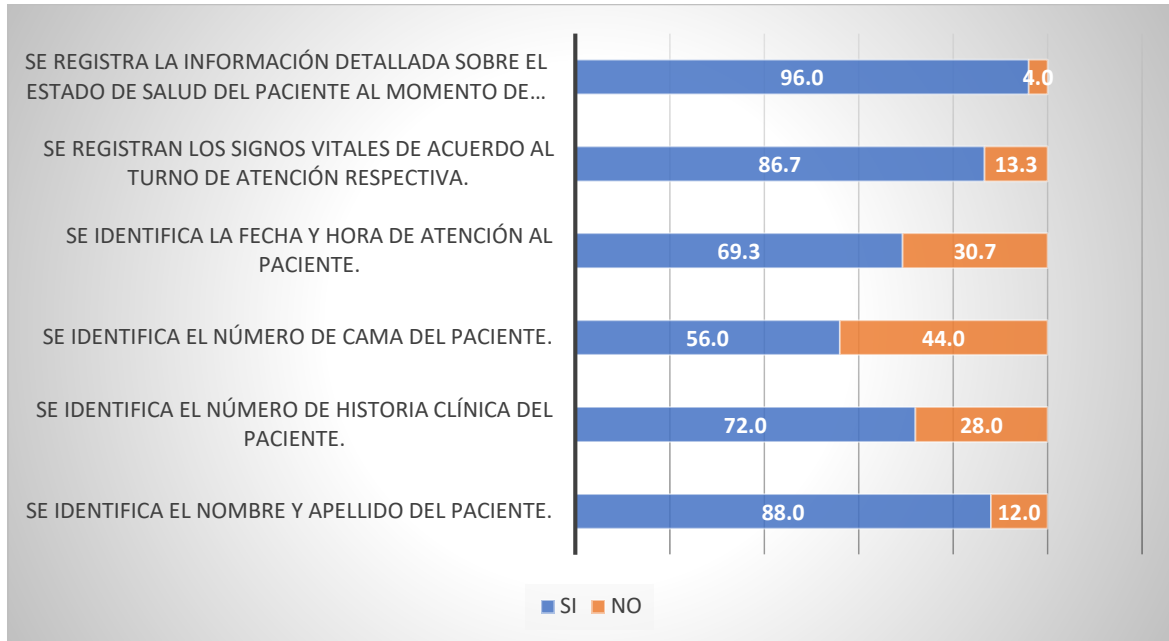


Gráfico 02. Continuidad en el cuidado del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021

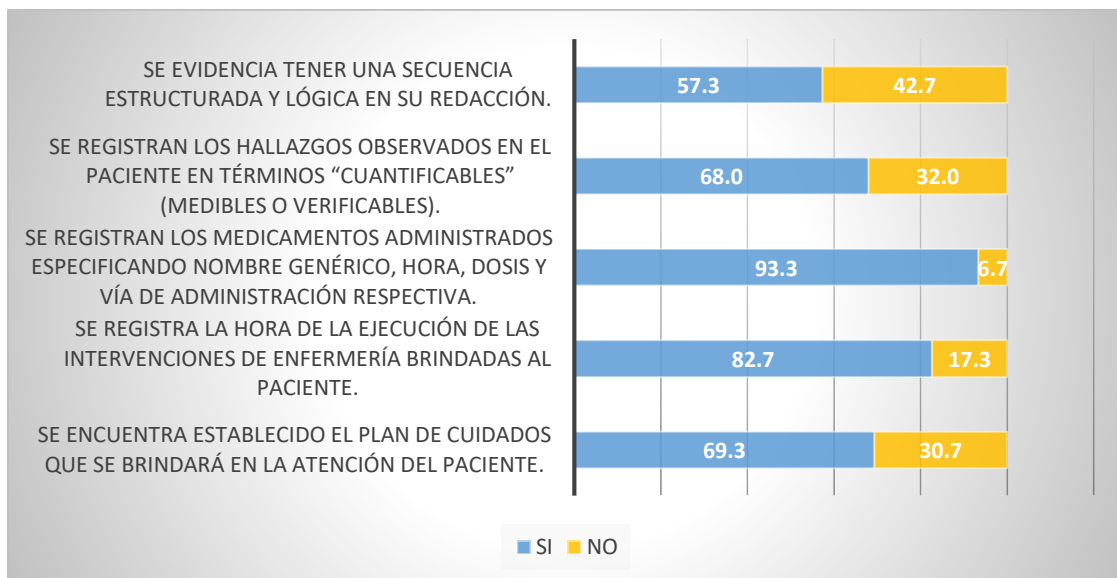


Gráfico 03. Comprensibilidad en el registro del cuidado del paciente quirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021

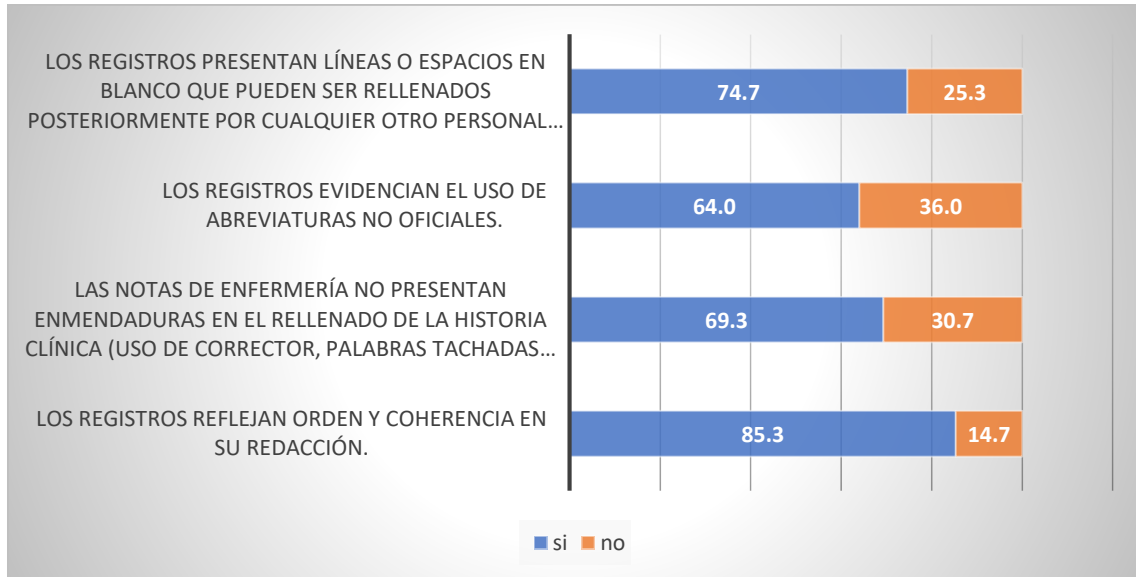


Gráfico 04. Legibilidad del registro en cuidado del paciente quirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021

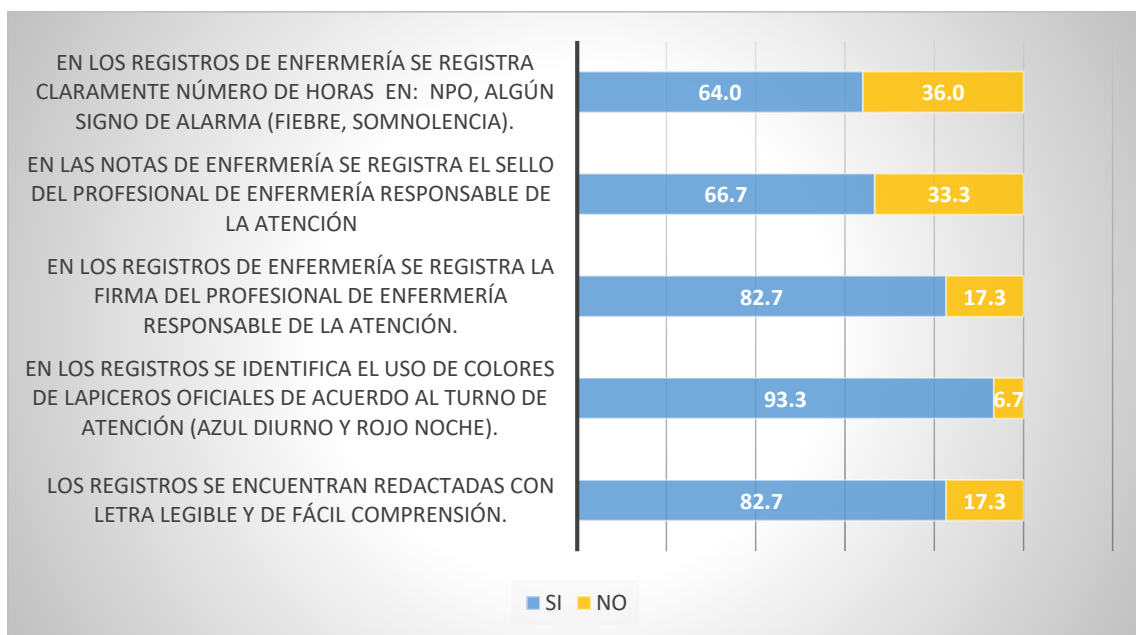


Gráfico 5. Registro de la valoración de enfermería en cuidado del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021

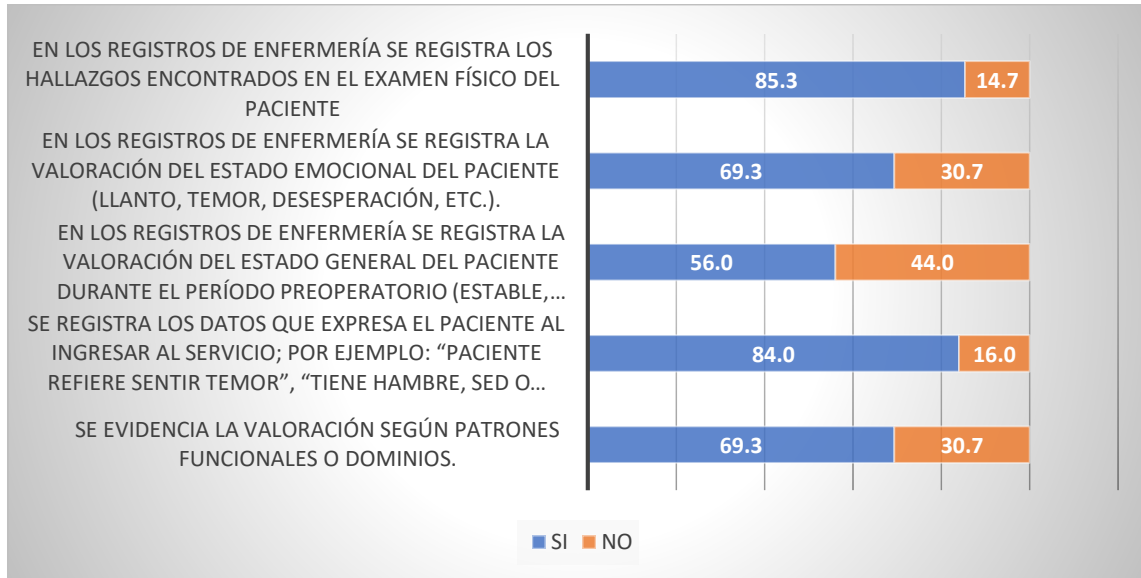


Gráfico 06. Registro del diagnóstico de enfermería en el cuidado del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021.

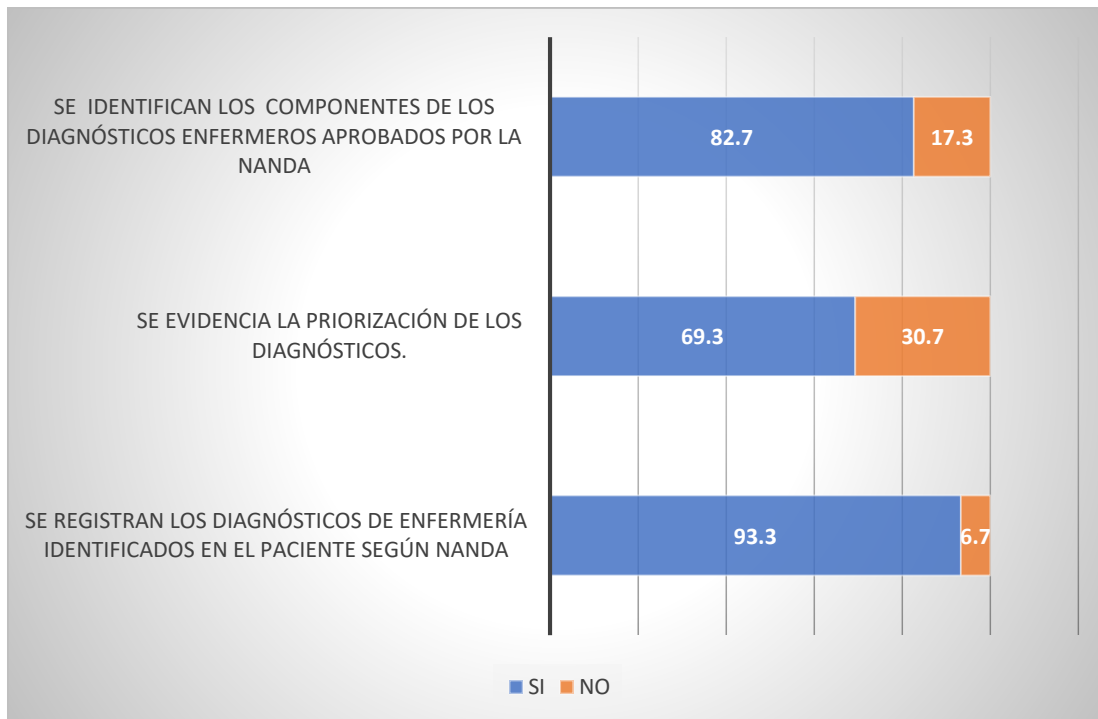


Gráfico 7. Registro de la planificación de enfermería en el cuidado del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021.

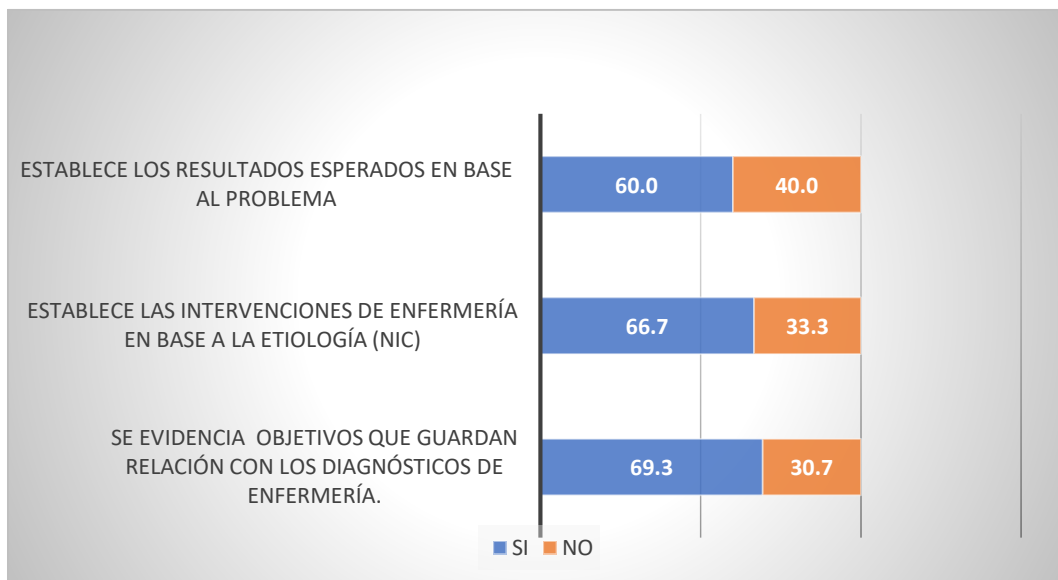


Gráfico 8. Registro de la intervención de enfermería en el cuidado del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021.

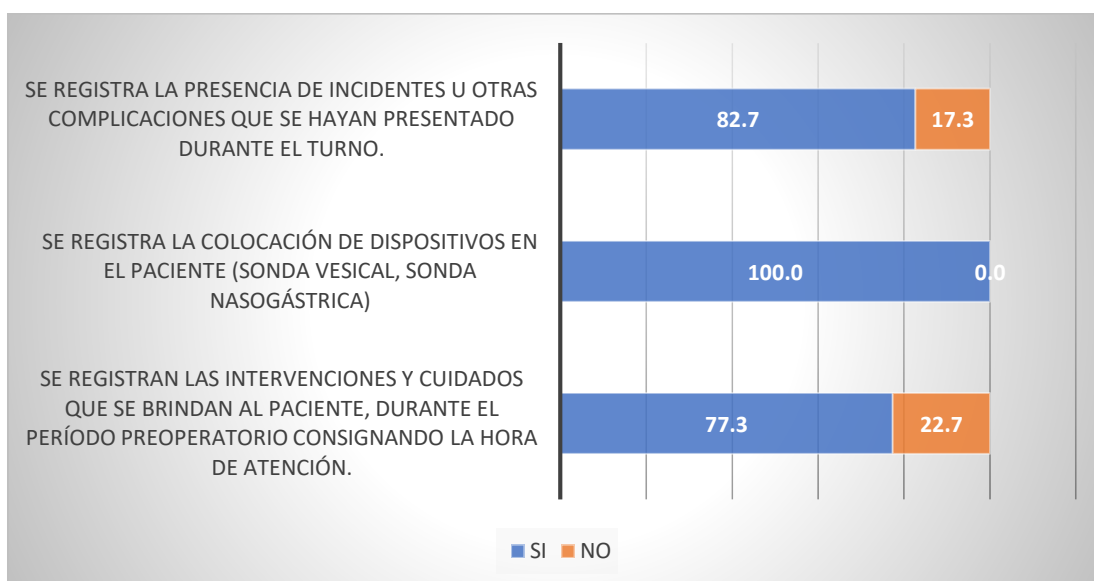


Gráfico 9. Registro de la evaluación de enfermería en el cuidado del paciente prequirúrgico, servicio de emergencia del hospital de Barranca – 2021.

