

# **UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSTGRADO**

**ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**



**CALIDAD EN REGISTROS DE ENFERMERIA**

**HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIVERSITARIO, LA PAZ**

**AREA DE PEDIATRIA**

**ENERO A JUNIO, GESTIÓN 2009**

**ASESORA:**

**Msc. Lic. Inés Peláez Mariscal**

**POSTULANTE:**

**Lic. Claudia Quispe Mamani**

**La Paz – Bolivia**

**2011**

**CALIDAD EN REGISTROS DE  
ENFERMERIA HOSPITAL DEL  
SEGURO SOCIAL  
UNIVERSITARIO  
LA PAZ  
AREA PEDIATRIA  
ENERO A JUNIO  
GESTIÓN 2009**

**DEDICATORIA:**

El presente trabajo esta dedicado a mi familia por todo el apoyo y la paciencia que me brindaron durante el transcurso de la elaboración de la propuesta de intervención.

Claudia Quispe

**Agradecimiento:**

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me colaboraron brindándome su apoyo y experiencia profesional para hacer posible el presente trabajo.

## RESUMEN

Estudio de tipo cuantitativo, cualitativo, descriptivo y retrospectivo; realizado entre los meses de enero a junio del año 2009. El objetivo del estudio fue establecer la calidad de registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, durante el primer semestre del año 2009. La muestra estuvo conformada por 50 historias clínicas de pacientes entre 1 mes a los 5 años de edad, que fueron internados en el área de pediatría. Se aplicó una encuesta para recolectar datos de historias de pacientes que fueron externados con alta médica postratamiento.

Los resultados evidenciaron que el 100 % de los registros, presentaron deficiencias en su manejo, no cumpliendo así con las normas internacionales para el llenado las mismas, en cuanto a la calidad del registro del Kárdex, el 100 % no ejecutó el diagnóstico de enfermería, clasificación de las intervenciones de enfermería (N.I.C del inglés Nursing, interventions classification) y la Clasificación de los resultados de enfermería (N.O.C del inglés Nursing, Outcomes classification).; en cuanto a la hoja de enfermería el 100 % no registró de acuerdo al Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación (S.O.A.P.I.E.); y el 52 % no cumple con escribir con letra legible y ortografía correcta, el 54 % presentó borrones y correcciones.

**Palabras Claves:** Calidad, Registros de enfermería, Normas internacionales

## ABSTRACT

This study is quantitative, descriptive and retrospective type; realized among the months he/she gives January to June he/she gives the year 2009. The objective gives the study it was to establish the quality he/she gives registrations he/she gives infirmary in the surface area he/she gives pediatrics he/she gives the Hospital he/she gives the Insurance Social University student The Peace, during the first semester he/she gives the year 2009. The sample was conformed by 50 clinical histories patient among 1 month to the 5 years gives age that you/they were interned in the surface area pediatrics. A survey was applied to gather data he/she gives histories he/she gives patient that were externados with discharge medical postratamiento. The results evidenced that 100% gives the registrations, they presented deficiencies in its handling, not fulfilling this way the international standardses for the filled one the same ones, as for the quality gives the registration the Kardex, 100% it didn't execute the I diagnose he/she gives infirmary, classification he/she gives the interventions he/she gives nursing (NI.C gives the English Nursing, interventions classification) and Classification gives the results nursing (N.O.C gives the English Nursing, Outcomes classification).; as for the leaf he/she gives infirmary 100% it doesn't register according to the Subjective one, Objective, Analysis, Planning, Intervention and Evaluation (S.O.A.P.I.E.); and 52% doesn't fulfill to write with readable letter and correct spelling, 54% presents blots and corrections.

Code words: Quality; Registries give infirmary; International standardses

# INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
PREGUNTA DE LA INVESTIGACION.....	3
III. OBJETIVO.....	4
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
3.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
IV.JUSTIFICACIÓN.....	5
V. ANTECEDENTES .....	6
VI. MARCO TEORICO.....	10
6.1 Marco Histórico .....	10
6.2 Marco Administrativo.....	14
6.2.1 Calidad .....	14
6.2.2 Registros de Enfermería .....	16
6.2.3 Finalidad de Los Registros de Enfermería .....	16
6.2.4 Importancia de los Registros .....	16
6.2.5 Utilidad de los Registros de Enfermería .....	17
6.2.6 Registros Documentados en Salud .....	18
6.2.7 Normas de la JCAHO Establece Para La Documentación de Enfermería.....	19
6.2.8 Herramientas de Registro en Enfermería .....	19
6.2.9 El Proceso de Atención de Enfermería .....	21
6.2.10 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería .....	22
6.2.11 Importancia de los Diagnósticos de Enfermería .....	23
6.2.12 SOAPIE .....	24
6.2.13 Tipos De Registros De Enfermería .....	25
a) Gráficas narrativas .....	25
b) Gráfico focus .....	26
c) Gráficos por excepción .....	26
d) Registros computarizados .....	26
6.2 14 Registros de Instrumentos Técnico Administrativos del Personal de Enfermería .....	26



6.2.15 Registros de Enfermería .....	27
6.2.15.1 Expediente Clínico .....	27
6.2.15.2 Componentes del Expediente Clínico .....	28
a) Kárdex .....	29
b) Hoja de Enfermería .....	31
6.2.16 Normas Para Los Registros de Enfermería .....	32
6.2.17 Aquello Que No se debe Anotar .....	34
6.3 Marco Referencial .....	35
6.3.1 Mandato legal base de creación .....	35
6.3.2 Servicios de enfermería .....	36
a. Tipo de organización .....	36
b. Sistema de trabajo de enfermería .....	37
c. Recursos humanos .....	37
d. Infraestructura .....	37
<b>VII. VARIABLES</b> .....	38
a) Variable dependiente .....	38
b) Variables independientes .....	38
c) Operacionalización de variables .....	39
<b>VIII. DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	41
8.1 Tipo de estudio .....	41
8.2 Población de referencia (UNIVERSO) .....	41
8.3 Muestra .....	41
8.4 Pasos metodológicos .....	42
8.5 Análisis de datos .....	42
<b>IX.RESULTADOS</b> .....	43
<b>X. DISCUSION, ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b> .....	64
<b>XI. CONCLUSIONES</b> .....	65

<b>XII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>67</b>
----------------------------------	-----------

## PARTE II

### PROPUESTA DE INTERVENCION

#### SEMINARIO-TALLER DE INTERVENCION SOBRE EL CORRECTO LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

<b>I. INTRODUCCION .....</b>	<b>68</b>
<b>II. ANTECEDENTES .....</b>	<b>69</b>
<b>III. JUSTIFICACION .....</b>	<b>70</b>
<b>IV. MARCO TEORICO.....</b>	<b>71</b>
4.1 Seminario.....	71
4.2 Taller.....	71
4.3 Seminario taller .....	72
4.4 Objetivos del seminario taller.....	72
4.5 Ventajas del seminario taller.....	72
4.6 Metodología del seminario taller.....	73
4.7 Auditoria.....	73
4.8 Auditoria de los registros de enfermería.....	74
4.9 Utilidad de la auditoria de enfermería.....	74
4.10 Tipos de auditoria.....	75
4.10.1 Auditoria retrospectiva.....	75
4.10.2 Auditoria concurrente .....	75
4.10.3 Evaluación de la calidad del cuidado .....	75
4.11 Fases en el Proceso de la Auditoria.....	75

a) La fase del planeamiento .....	75
b) La fase ejecución de la auditoria .....	76
c) La fase elaboración del Informe .....	76
4.12 Elementos del Hallazgo de Auditoria .....	77
a) Condición .....	77
b) Criterio .....	77
c) Causa .....	78
d) Efecto .....	78
4.13 Comunicación de Hallazgos de Auditoria .....	79
4.14 Metodología de la Auditoria .....	79
<b>V. OBJETIVOS</b> .....	80
5.1 Objetivo General .....	80
5.2 Objetivos Específicos .....	80
<b>VI. DESARROLLO DE LA PROPUESTA</b> .....	81
<b>VII. DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	82
a. Unidad de Intervención .....	82
b. Etapas de intervención .....	82
c. Etapa de implementación .....	84
d. Evaluación .....	91
<b>VIII CRONOGRAMA</b> .....	91
<b>IX PRESUPUESTO</b> .....	91
<b>X BIBLIOGRAFIA</b> .....	92
<b>ANEXOS</b> .....	95

## I. INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de la salud el equipo multidisciplinario brinda atención al paciente, familia y comunidad. El trabajo de cada uno de sus componentes demuestra una acción específica en el paciente, dejando constancia en forma escrita. Esta acción es plasmada en toda y cada una de las hojas del expediente clínico, el mismo que es un indicador de calidad de atención que se brinda al paciente en todo su estadio en el respectivo centro de atención de salud.

Prepondera su accionar en todas las decisiones de atención, la enfermera profesional cumple las funciones, administrativa, docencia, investigación y asistencial desarrollando actividades en el cliente durante las cuales quedan en los registros de enfermería como ser el Kárdex y hoja de enfermería..

Con este propósito se revisaron las normas internacionales para la evaluación de los registros en estudio y se formularon los criterios para realizar la inspección de dichos registros las cuales son instrumentos propios de la enfermera profesional.

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Los cuidados sanitarios actuales, con su mayor demanda de enfermeras profesionales necesitan el desarrollo de un sistema de anotación profesional y eficiente.

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal

Las enfermeras deben familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros de la organización para las cuales trabaja, y asimismo, conocer las normas profesionales de la institución en el cual prestan sus servicios.

## **II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En un sondeo preliminar de 10 historias clínicas, las mismas no se encontraron correctamente registradas de acuerdo a las normas internacionales establecidas para registros de enfermería.

El llenado incorrecto de los registros de enfermería hace suponer que el personal de enfermería no estaría cumpliendo con la atención adecuada al paciente internado en el área de pediatría, del hospital del Seguro Social Universitario.

Esta omisión de las normas internacionales para los registros indicaría que no se estuviera aplicando los conocimientos impartidos durante la formación universitaria pre-grado.

Los registros de enfermería son instrumentos pertenecientes a la historia clínica, la cual es un documento con carácter legal que puede ser determinante en una auditoria médica o problema legal de cualquier naturaleza.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cual es la calidad de los registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital Seguro Social Universitario La Paz, en el primer semestre del año 2009?

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la calidad de registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital del Seguro Social Universitario durante el primer semestre del año 2009.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer la calidad de los registros de enfermería en cuanto al kardex elaborando un instrumento de recolección de datos según normas internacionales
- Establecer la calidad de los registros en cuanto a la hoja de enfermería elaborando un instrumento de recolección de datos según normas internacionales

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo está elaborado para mejorar la calidad de los registros de enfermería porque son documentos legales y formales también indicadores del desempeño de la enfermera profesional.

La relevancia de esta parte del trabajo de enfermería y la poca importancia que hoy en día se le da a la formulación de los registros de enfermería nos motiva a realizar una investigación, la cual nos ayudará a conocer las normas para el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.

Por lo cual es importante constancia de nuestro trabajo por escrito no tan solo para poder evaluar nuestro propio trabajo sino también porque los registros de enfermería proporcionan la única prueba documental de que se ha llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, los cuales proporcionan respaldo jurídico-legal a los profesionales.

Las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales ya que es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental precisa.

El uso adecuado y oportuno de los registros de enfermería permite la disminución de estancia, disminución de material médico-quirúrgico y medicamentos, en definitiva control de gastos innecesarios para la institución y por tanto ser el garante de la evidencia en la continuidad del cuidado



## V. ANTECEDENTES

A partir de la iniciativa de la Subdirección de Enfermería del Hospital General de México en el año 2000 y de la integración de la Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería en el 2002, se implementan estrategias para mejorar los Registros Clínicos de Enfermería y la Calidad de la Atención del cuidado. (1)

La Aplicación del Método de Enfermería a través de Modelos de Atención: Implicó capacitación de 30 horas del personal de enfermería, diseño de formatos de registros clínicos, piloteo e implementación.

A partir del 21 de julio del 2005 se implementan los Formatos de Registros Clínicos de Enfermería con el Método de Enfermería y un referente teórico en 10 de los 27 servicios de hospitalización del Hospital General de México.

Posteriormente el diseño de herramientas de monitoreo, evaluación y auditoria de los Registros, evaluando de manera semestral a partir del 2006.

Los resultados obtenidos de ambas evaluaciones permiten valorar las mejoras y hacer la comparación, por lo que podemos decir que en la variable de factores condicionantes básicos mejoro el registro de un 30% a un 91%, intervenciones de enfermería de un 80% a un 91%, en líquidos parenterales del 49 al 72% y en nombre de las agencias del 35 al 54%. Sin embargo hubo una disminución de estos en requisitos de desviación para la salud de un 61 al 54%, requisitos universales del 81 al 75% y Diagnósticos de Enfermería del 95 al 92%. En todas las demás variables se observa el aumento en el % de cumplimiento. En general la mejora de cumplimiento fue del: 2%, tomando en cuenta que en la primera fue del 70% y en la segunda del 72% de cumplimiento en los registros clínicos.

---

1. Disponible en [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/cartel\\_metodos\\_enf.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/cartel_metodos_enf.pdf)  
**RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DE ENFERMERÍA** visitado el 20 Junio 2010

El profesional de Enfermería es responsable de la implementación del Método de Enfermería, de los Modelos de Atención y de los registros clínicos, sin embargo la disminución en el cumplimiento de estos se afecta por factores como: sobrecargas de trabajo, cansancio e incidencias no programadas, entre otras. Sin embargo se continuará avanzando en los registros y en la auditoria de estos. (1)

En el Hospital Almenara de Lima Perú, desde el año 1996 en su incesante esfuerzo por mantener el nivel de alta especialización se implementó el programa de mejoramiento continuo de la calidad, orientado a mejorar continuamente y a optimizar todas las actividades de la institución hacia el cliente externo, por lo que enfermería internalizó en la conciencia del personal la necesidad permanente de optimizar el trabajo con calidad en el marco de nuestra vocación competidora y se realizaron importantes esfuerzos para brindar cuidados de enfermería que fuesen eficientes, eficaces, oportunos y libres de riesgos al usuario. Bajo esa premisa, enfermería realiza la evaluación administrativa del proceso productivo del cuidado en base a principales indicadores tales como: úlceras por presión, fugas de pacientes, caídas, aplicación de guías de atención, educación sanitaria, flebitis, satisfacción del usuario, mejoramiento de procesos, familiar acompañante. El propósito es mostrar la frecuencia de los mismos, plantear estrategias, sugerencias y acciones para el mejoramiento continuo de los cuidados de enfermería en beneficio del usuario y de la institución. En la evaluación realizada en relación a los registros de enfermería, se evidenció desconocimiento del personal asistencial del manejo de los mismos, de sus bondades, de sus peculiaridades y sobre todo de los efectos que de ellos se derivan, que en conjunto generan indicadores de gestión en enfermería. Los hallazgos revelan omisiones, duplicidad, datos incompletos y el uso disímil de

---

1. Disponible en [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/cartel\\_metodos\\_enf.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/cartel_metodos_enf.pdf)  
**RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DE ENFERMERÍA** visitado el 20 Junio 2010

los registros que revelan la necesidad de estandarizar los registros de enfermería en todos los servicios de enfermería del hospital Almenara, de modo que éstos provean información veraz, exacta y de utilidad para la toma de decisiones. (2)

En la Universidad Nacional de Colombia Bogotá se realizó un estudio de tipo descriptivo exploratorio transversal; se elaboró y aplicó el instrumento de chequeo de los registros de enfermería, previa prueba piloto; el cual se basó en parámetros existentes en instituciones de salud, la teoría publicada acerca de la temática y la reglamentación de las historias clínicas (Resolución 1995 de 1999, Min salud), entre otras. (3)

El objeto del estudio es responder: qué registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de II nivel. (3)

La recolección de la información fue efectuada por las investigadoras entre el 20 de enero y el 7 de febrero de 2003 en el turno de la tarde de lunes a viernes, con una muestra de 124 historias clínicas que corresponden a 21,5% del movimiento de historias en ese periodo. (3)

Los resultados muestran que los registros de mayor uso son: la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las órdenes médicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto el

---

2. Disponible en <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/35-39.pdf> visitado el 20 Junio 2010

3. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm> visitado el 20 Junio 2010

tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo. Finalmente hay poca pertenencia con los registros realizados por la (el) enfermera (o) por la carencia de los criterios de diligenciamiento ético-legales. (3)

En el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" de México se realizó una investigación sobre: La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico; a través de la revisión del expediente de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria de dicho instituto, del 18 de octubre al 5 de noviembre de 1999. Entre los hallazgos más importantes destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería, no obstante hubo una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos psicoemocionales, socioeconómicos y espirituales aun cuando se proporcionen al paciente. Cabe mencionar que el concepto que tienen las enfermeras referente a sus registros no debe ser considerado como asunto separado sino como componente integral del proceso de enfermería. (4)

---

3. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm> visitado el 20 Junio 2010

4. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria.shtml> visitado el 20 Junio 2010

## VI. MARCO TEORICO

### 6.1 Marco Histórico

La auditoria en salud está íntimamente ligada a la calidad y esto no es novedad pues los códigos de la práctica de la medicina datan de miles de años y son muy bien conocidos. (5)

Reseñamos sintéticamente lo sucedido en el mundo

La primera referencia en el mundo la encontramos en el código de leyes que encargo a recopilar Hammurabi en 1750 A. de JC. Y que aparece escrito en babilonia antiguo e inscrito en una estela de diorita de unos tres metros de altura; en la parte superior de la misma se nos muestra en relieve a Hammurabi de pie recibiendo las leyes del Dios Samash sentado, que descubierta en Irán se halla actualmente en el Louvre de Paris. Acepta la pena del Talión (“Ojo por ojo y diente por diente”) y castiga severamente la negligencia.(5)

Es por todos conocido el juramente Hipocrático (data de 460 A. de JC.), que forma parte de la colección hipocrática junto con los aforismos, este señala explícitamente en uno de sus párrafos que “no practicara la talla vesical quien no sabe hacerla” aludiendo puntualmente a un tema de calidad que a pesar de transcurrir del tiempo no es conceptualizado en toda su dimensión.(5)

En el siglo XIX nos sorprende una lección de calidad en la atención medica, ésta se da en una península en el Mar negro, durante la Guerra en Crimea en 1854 cuando en Inglaterra y Francia invaden la península sobre la costa norte para ayudar a Turquía en <sup>1</sup>su guerra contra Rusia; después del éxito inicial en la Batalla de Alma River, sobrevino una mortalidad impresionante en los hospitales Británicos. (5)

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15

En enero de 1855 hubieron 3168 fallecimientos: 83 por heridas, 2761 por enfermedades infecciosas y 300 por otras causas; por ello el parlamento Británico encargó a la enfermera Florence Nightingale que fuera a los hospitales de Scutari cerca de Constantinopla. El relato de ella sobre el hospital Barrackes pavoroso, estaba inundado con aguas de albañal y no había provisión de agua potable, infiriéndose las condiciones de ese centro. Hecho el diagnóstico propuso soluciones a corto plazo. El ejemplo de Scutari es remarcable por dos razones: La primera porque es el reporte pionero sobre calidad del cuidado médico y soluciones viables y el segundo porque Scutari en los seis meses siguientes bajó la mortalidad de 40% de soldados admitidos en los hospitales a 2%. Aunque estas evidencias puedan parecer remotas, ilustran algunos de los rasgos básicos de la auditoría médica.(5)

En 1914 Edward Godman (Boston – Estados Unidos) inicia esfuerzos para ordenar estrategias hospitalarias que permitan decidir si el tratamiento fue exitoso o no, con la finalidad de prevenir errores.

En 1918 el Colegio Médico de Cirujanos (ACS- E.U.) Define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria, y los criterios mínimos de acreditación por AM. En 1927 Gustav Ward: investiga la Mortalidad y la Infección post operatoria de cada cirujano y publica su experiencia de 8 años en hospitales para mujeres de Nueva York comparando tasas. Fue un método aparentemente efectivo en 1929 Thomas Ponton (ACS-E.U.), publicó en el boletín del American College of Surgeons: AM en base a métodos de contabilidad financiera, que fue rechazada por que la codificación buena, regular o mala no podía aplicarse a paciente no quirúrgico. En 1950 la universidad de Michigan (USA) procesa “estudio piloto” en 15 hospitales, luego de dos años de su aplicación por el cuerpo médico. Se institucionaliza. En 1955 Virgil N. Slee, difunde el procedimiento como un recurso de la Educación Médica Continua, para aminorar la morbilidad. En 1963, se aplica AM en 281 Hospitales en 41 Estados de USA, ampliando notablemente la cobertura inicial de los 15 establecimientos de 1950, se consideran

hospitales hasta 975 camas. En 1980 se generaliza la experiencia precedente a todos los hospitales modernos, en base a métodos simples que se estandarizan con los resultados satisfactorios. (5)

La revolución de la enseñanza en la medicina a inicios del siglo XX deviene igualmente de una valoración de calidad de la atención, Abran Flexner en 1910 en un reporte para la fundación Carnegie textualmente dice que observo “hospitales miserable, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario” esto dio lugar a que el Colegio Medico de Cirujanos estableciera estándares mínimos para la profesión y la enseñanza medica fuera solo patrimonio de las Universidades. En 1972 se sanción en EEUU la ley que implanta la organización para la revisión de estándares profesionales (PSRO: Professional Estándar Review Organización). (5)

En Gran Bretaña en 1967 el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fueron los primeros esfuerzos de implementar la auditoría, sin embargo el documento “Trabajando para los pacientes” marco un hito en el desarrollo de la Auditoria Medica. (5).

En el campo de la salud, el termino Auditoria Medica ha sido usado durante mucho tiempo y con diferentes acepciones, dependiendo del contexto donde se aplicaba. No fue sino hasta la publicación de los documentos de trabajo para la reestructuración del sistema de salud Británico en que se da la siguiente definición, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa: “Es el análisis critico sistemático dela calidad de atención medica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y resultados de los

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15,16

mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente”. (5)

La auditoria, en un amplio del término, se ha llevado a cabo desde varios siglos atrás, empezando con el desarrollo de estadísticas nacionales de nacimientos y muertes en el libro Domesday de 1066, los registros de Paris de 1597, el acta de población de 1840 y el primer censo de Inglaterra en 1801, Ernest Groves propuso en 1908, una organización nacional para el recojo de datos de manera uniforme, solicitando a 15 grandes hospitales descubrir la mortalidad de varias cirugías aceptables. (5)

En 1914, Edward A. Godman en Boston, EE.UU, coincidiendo con los primeros esfuerzos ordenados en la estructuración hospitalaria, propugno un método en base al cual se intentaba establecer los resultados de los tratamientos de los pacientes internados, se quería saber “si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo porque”, a fin de prevenir los errores en el futuro. Para ello se analizaba el estudio de los pacientes egresados luego de un prolongado y exhaustivo seguimiento prospectivo. En 1918, el American College of Surgeons define los principios de la estructura orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoria. (5)

Incluso desde 1955, la auditoria es concebida como una herramienta de mejora de calidad.

Slee desarrolla el tema de auditoria médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad. En este mismo sentido, el primer gran intento ingles por auditar realizado por el Royal College of General Practitioners en 1977, percibía deficiencias en la calidad de la practica general, y reconocía la influencia de la auditoria medica como una manera de mejorar los estándares de atención. (5).

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15 - 17



## **6.2 Marco Administrativo**

### **6.2.1 CALIDAD**

Es la capacidad que tiene el establecimiento de salud, para satisfacer las demandas del usuario externo del servicio, por lo tanto es el conjunto de propiedades y características de un producto servicios que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas. La satisfacción del usuario se da como resultado del cumplimiento de los requisitos de la calidad definidos en un servicio atendido a su diseño y categoría. (5)

Para algunos la calidad significa mérito o excelencia, algunas definiciones consideran la calidad como concepto clave para la salud y la definen incluyendo varios aspectos, como la de Gilmore y Moraes que es la siguiente:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción para el paciente.
- Impacto final en la salud.

“Calidad significa conformidad con las normas”...

Sin embargo, esta definición, aunque importante, hace referencia al proceso de atención donde están los factores causales o conjunto de normas, pero no considera los resultados o efectos que es por donde se debe medir la calidad. (5)

“Calidad significa el cumplimiento de los requisitos del cliente”

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15 - 17

Es importante señalar que los requisitos de algunos clientes tiene una tendencia al incremento de las exigencias, lo cual puede resultar complicado, pero esto debe ser ajustado y actualizado periódicamente. Lo anterior se corresponde con la necesidad de revisar las normas, los procedimientos y reglamentos, los cuales deben ser analizados cada cierto tiempo. (5)

“Calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas”.

“existe calidad en la atención de salud cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los clientes externos e internos y, además, cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales del sistema”. (5)

¿Quién decide la calidad?

Sin dudas, el cliente o usuario desempeña una función importante es decidir sobre la calidad y generalmente lo hace cuando selecciona los productos o servicios que necesita. (5)

### **6.2.2 REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Es un documento legal, y formal elaborado por la enfermera.

El registro de enfermería contiene información veraz del PAE, que evidencia con precisión toda la asistencia profesional. (6)

Esta estructurado según las normas establecidas con las sigla SOAPIE. En este caso se utilizan los registros orientados al problema. (6)

### **6.2.3 FINALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA**

La finalidad de los registros de enfermería: es la comunicación del proceso de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario. (6)

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 26 -29

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú. Julio 2008, p 117

El registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería.(6)

El registro proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente.(6)

#### **6.2.4 IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS:**

Al quedar registrados los elementos más importantes del Proceso de atención de enfermería en los documentos clínicos que maneja:

Permite la atención integral personalizada del paciente así como la continuidad en su atención desde que ingresa hasta el alta.

Permite el conocimiento de situaciones especiales de salud analizando la información especialmente en los componentes demográficos como migración, mortalidad, natalidad, etc. De la población atendida.

Epidemiológicamente permite conocer y trabajar cobertura, concentración, perfil epidemiológico, tipo de atención por niveles de complejidad, complicaciones intrahospitalarias etc.

En el aspecto logístico permite conocer fuentes de atención, disponibilidad, consumo y costo de la atención mediante el registro y estudio de los recursos sean estos: personal o materiales.

Investigación permite validar la información en el manejo de casos específicos, la ampliación de protocolos, guías metodológicas, manuales de procedimientos o procedimientos ejecutados durante la atención al paciente.

Contribuye decididamente en la gestión de calidad, ya que permite el control de calidad, el sistema de mejora continua en la atención innovando técnicas y métodos de trabajo.

Sirve como evidencia objetiva para determinar o deslindar responsabilidad administrativa o implicaciones legales. (5)

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continua convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15 - 16

### **6.2.5 UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA**

1. Sirve al equipo de enfermería y al equipo sanitario para tomar decisiones respecto al estado de salud de la persona o paciente, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuas.
2. Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la asistencia prestada a una persona o paciente en un establecimiento de salud.
3. Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por lo que la investigación económica se hace a través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnóstico relacionado.
4. Sirve como información a las estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad, en pacientes con problemas médicos similares.
5. Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con la frecuencia de los trastornos clínicos, complicaciones, etc.
6. Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud. (6)

---

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú: Julio 2008; p 118

### **6.2.6 REGISTROS DOCUMENTADOS EN SALUD**

La comisión conjunta para la acreditación de organizaciones sanitarias (Joint commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) (1992) establece que los diagnósticos enfermeros o las necesidades del cliente, las intervenciones de enfermería y los resultados del cliente deben recogerse permanentemente en un sistema de información sobre el cliente. Cada organización sanitaria tiene su política en cuanto a partes e informaciones del cliente y cada enfermera es responsable de actuar de acuerdo a tales normas. (5)

### **6.2.7 NORMAS DE LA JCAHO ESTABLECE PARA LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA:**

- Los pacientes recibirán cuidados de enfermería basados en la valoración.
- La valoración incluye las consideraciones de factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos.
- Los cuidados de enfermería se basan en el diagnóstico de enfermería identificados en la NANDA.

Las HHCC incluirán documentos de valoración inicial y revaloraciones, diagnósticos reales y potenciales y la planificación incluye intervenciones y resultados esperados. (5)

### **6.2.8 HERRAMIENTAS DE REGISTRO EN ENFERMERIA**

Hace ya bastantes años que, la profesión enfermera, comenzó a asumir, como herramienta para registrar y reforzar su trabajo con metodología científica, la utilización de lenguajes estandarizados, NANDA, NIC y NOC.

El empleo de estos lenguajes estandarizados para facilitar el registro y la aplicación estructurada del trabajo enfermero bajo la óptica método científico

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15

(utilizando como herramienta el proceso enfermero) se conoce como: el uso del lenguaje de “las tres N”, o bien “lenguaje NNN” (NANDA, NOC y NIC). Podríamos decir, por tanto, que la consonante “emblemática” que más se identifica con esta metodología científica es la “N”. Al hablar de la “eneanización” “de las recomendaciones de los registros de enfermería, no hacemos más que mostrar una visión optimista, a nuestro entender, de cómo esta metodología está empezando a hacerse sitio, de manera natural. Probablemente, la taxonomía NIC, intervenciones de enfermería, sea la nomenclatura más palpable y tangible, por lo que quizás resulta más fácil de identificar.

Evidentemente, son intervenciones, en este caso, desde el punto de vista de un modelo conceptual de cuidado de enfermería, que derivan de un problema de colaboración, y que por tanto, ha de abordarse en colaboración con el profesional médico. Lo cual, no es óbice, para que la enfermera registre estas intervenciones que realiza, bajo el lenguaje habilitado y consensuado internacionalmente para ello, la NIC. Es más, las guías y recomendaciones, deberían recoger, estas intervenciones que competen al enfermo con la etiqueta y codificación de la NIC.

Los cuidados enfermeros, aparte de contemplar una intervención terapéutica técnico-clínica, también deben contemplar una intervención holística ante el paciente, familia y entorno. Y esta intervención enfermera, holística, ha de llevarse a cabo sea cual sea el medio en el que se desarrolla la labor profesional, incluido también el ámbito de las urgencias, emergencias y los cuidados críticos. (5)

Al fin y al cabo pertenecemos a una extraña profesión que cuida a la persona hasta el final.

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 15.

Es más incluso sigue cuidándola después del final (NIC 1770 cuidados postmortem).

La traducción de la sigla NOC, es CRE (clasificación de los resultados de enfermería).

La NOC es una sigla definitiva como “estado del cliente después de una intervención de enfermería”. Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados, se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia y salud de la comunidad. (5)

#### **6.2.9 EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

El PAE, es un método lógico y racional que sirve a la profesional a planear la atención de enfermería en forma técnicamente adecuada, eficiente y eficaz: el proceso de enfermería, es también una manera de formalizar la organización de las acciones. Científico-técnicas del cuidado de enfermería.

La metodología del proceso de enfermería se ha usado como un instrumento útil y válido en distintos países y modelos de prestación de atención de salud, para apoyar la práctica de la atención de enfermería, El proceso de enfermería se reconoce como una metodología universal para organizar y prestar la atención de enfermería. Es un marco mediante el cual las enfermeras pueden organizar la información sobre los problemas de los pacientes y diseñar intervenciones para satisfacer sus necesidades. (7)

---

5 Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 43 - 44

7. Organización Panamericana De La Salud, organización Mundial De La Salud. Desarrollo de Sistemas normalizados de información de enfermería. Washington, DC:OPS, OMS;2001, pp 19, 24.

La documentación es la prueba de que la enfermera ha cumplido con sus obligaciones jurídicas y éticas hacia el paciente y que éste recibió una atención de calidad reconocida, Florence Nightingale una enfermera británica, quien en 1854 organizó y dirigió una unidad de enfermeras sobre el terreno durante la guerra de Crimea, es considerada como la fundadora de la enfermería moderna, Fue la primera en destacar la importancia de la documentación de la atención de enfermería. Desde entonces, las enfermeras han considerado que la documentación es una parte fundamental de la práctica profesional y han reconocido que es una forma de evaluar la atención de enfermería. (7)

#### **6.2.10 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

El proceso de enfermería consta de cinco pasos:

- a) Valoración de enfermería.- una compilación sistemática y permanente de datos relacionados con el paciente; los datos pertinentes se recopilan empleando técnicas apropiadas de examen; los datos importantes se documentan en un formato recuperable. Estos pueden incluir los aspectos siguientes: físicos, psicológicos, sociales, culturales, cognoscitivos, fundamentales, de desarrollo, económicos y relativos al modo de vida. (7)
  
- b) Identificación o diagnóstico de los problemas.- consiste en el análisis de los datos obtenidos mediante el examen a fin de identificar los problemas o los diagnósticos, las necesidades y los recursos del paciente. La documentación de los diagnósticos se realiza de forma tal que facilite la determinación de los resultados esperados y el plan de atención. Se incluyen los resultados aceptados que se han identificado, adaptándolos a las características individuales de cada paciente, y se



documentan como metas cuantificables. Los resultados proporcionan orientaciones que aseguran la continuidad de la atención. (7)

- c) Planificación.- elaboración de un plan de atención en el que se indican las intervenciones consideradas necesarias para lograr los resultados esperados. Es decir, se establecen eslabonamientos entre el diagnóstico, las intervenciones y los resultados. El plan se adapta a las características individuales del paciente y se establecen prioridades de atención que reflejan las prácticas actuales. (7)
- d) Ejecución.- se realizan las intervenciones identificadas, se pone en práctica el plan de atención y las intervenciones se documentan en el momento adecuado. Las actividades pueden incluir a cualquiera de las acciones que se enumeran a continuación, o todas ellas: la intervención, la delegación y la coordinación. (7)
- e) Evaluación.- la exactitud del diagnóstico y la eficacia de las intervenciones se evalúan en relación con la evaluación del paciente; se determinan resultados reales. La eficacia de las intervenciones se documenta en relación con el logro de los resultados.(7)

#### **6.2.11 IMPORTANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

1. El diagnóstico de enfermería favorece la responsabilidad y la autonomía profesional. Al definir y describir el área independiente de la práctica enfermera. Una profesión debe tener su propio lenguaje que comunique su condición única.
2. Los diagnósticos de enfermeras proporcionan un vehículo para la comunicación entre enfermeras y otros profesionales.

---

7. Organización Panamericana De La Salud, organización Mundial De La Salud. Desarrollo de Sistemas normalizados de información de enfermería. Washington, DC:OPS,OMS; 2001, p 21 - 22

3. Los diagnósticos enfermeros brindan un principio organizador para elaborar investigaciones significativas.
4. Los diagnósticos enfermeros facilitan la atención individualizada, estandarizando la atención como medio para aumentar la eficiencia y reducir costos.
5. Los diagnósticos de enfermería se utilizan para promover y dirigir la atención hacia las necesidades particulares del cliente.
6. Los diagnósticos enfermeros favorecen un cuidado de calidad facilitando la atención integral, la revisión por expertos y el control de calidad.
7. Los diagnósticos enfermeros facilitan la continuidad de los cuidados entre enfermeros de una y otra institución es decir cuando un paciente es transferido.
8. Los diagnósticos enfermeros guían la planificación de las intervenciones de enfermería en el cuidado de la persona de un turno a otro. (6)

### **6.2.12 SOAPIE**

Definición.- Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera. También se conoce como estructura o siglas de registro de la enfermera. (6)

Respecto a la calidad del registro de enfermería este debe ser revisado trimestralmente, en un registro o formato de auditoría de enfermería bajo la responsabilidad de la jefa de unidad. Este indicador (calidad de registro de

---

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú: Julio 2008, p 33, 35, 36

enfermería) se debe basar en la existencia de un plan de atención de enfermería (PAE), tomando como referencia el sistema de clasificación de la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería (NANDA) (6)

**S=** Significa datos subjetivos, se obtiene de la entrevista.

**O=** Significa datos objetivos, se obtiene de la observación (examen físico céfalo-caudal)

**A=** Significa análisis o diagnóstico, puede ser real o potencial (diagnóstico de la NANDA).

**P=** Significa planificación, se registra el objetivo de la planificación

**I=** Significa intervención, se registra la acción/ es realizada en la persona o paciente.

**E=** Significa evaluación o resultado esperado, se registra en presente. Concluye con la firma, del colegio y el sello de la enfermera que atendió al paciente. (6)

### **6.2.13 TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMERIA**

Gráficas narrativas, gráficas orientadas hacia el problema, gráficas focus, gráficas por excepción, gráficas o registros computarizados. (6)

**a) Gráficas narrativas.-** Es tradicional registra tiempos concretos, cada disciplina registra lo que considera, la frecuencia de las anotaciones depende del estado del paciente, pueden combinar con otras graficas.

Registros orientados al problema SOAPIE.- Considera recogida de datos, identificación de diagnósticos de enfermería intervención y evaluación. Facilita atención de calidad, fácil acceso al plan de cuidados, facilita la colaboración de todo el equipo, resulta más fácil la evaluación. Facilita la investigación.

#### **b) Grafico focus.-**

Método organizado de evaluación.

Evaluación organizada en: datos, acciones y respuestas.

---

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú: Julio 2008, p 120.

Dato subjetivo y dato objetivo.

Acción. Intervención de enfermería que se ha ejecutado.

Respuesta. Evaluación de la eficacia de las intervenciones.

**c) Gráficos por excepción.-** Se registra en una hoja curso clínico para enfermería y médicos, se usa las 24 horas, se registra la valoración y las intervenciones de enfermería. Este grafico no es completo.

**d) Registros computarizados.-** Es un tipo de registro donde se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado anteriormente y se utilizan varios enfoques. (6)

#### **6.2. 14 REGISTROS DE INSTRUMENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Los registros de instrumentos técnico administrativos deberán contener como mínimo lo siguiente. (8 )

- Registros de signos vitales
- Hoja de enfermería según servicios
- Hoja de administración de medicamentos
- Hoja de Kardex
- Hoja de administración y eliminación de líquidos.

#### **6.2.15 REGISTROS DE ENFERMERIA**

El tema de estudio obliga a estudiar los siguientes documentos:

##### **6.2.15.1 EXPEDIENTE CLINICO**

.Es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generales durante cada proceso asistencial de la persona atendida en servicios de consulta

---

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú: Julio 2008, p 119 – 120.

8. Luna Orosco Jr, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Manual de Auditoría en salud y norma técnica. La paz – Bolivia: 2008, pp 44.

externa, emergencias y hospitalización de los Entes Gestores, los cuales reflejarán toda información relativa a su estado de salud o enfermedad. Es un documento técnico, científica, administrativo y legal, utilizado para la evaluación de calidad de los servicios médicos, odontológicos, **enfermería** y otros. (8)

Es un documento histórico del cliente del cual se parte para planificar su atención y llevar a cabo el tratamiento.

- Se utiliza su atención como fundamento para la revisión estudio y evaluación de atención que se proporciona al cliente.
- Es una fuente de referencia para todo el personal de donde se obtiene datos estadísticos.
- Se constituye como una protección legal para todas las personas implicadas en la administración de cuidados.
- Ayuda y es un instrumento de materia de estudio de investigación para ofrecer datos comparativos. (8)

#### **6.2.15.2 COMPONENTES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

- Hoja de admisión hospitalaria
- Epicrisis
- Hoja de evaluación medica
- Nota de internación
- Hoja de historia clínica
- Hoja de tratamiento médico
- Exámenes Auxiliares.

---

8. Luna Orosco J, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Manual de Auditoría en salud y norma técnica. La paz – Bolivia: 2008, pp 37.

- Hoja de consentimiento informado.
- Hoja de cuadro térmico
- Hoja de tratamiento de enfermería
- **Hoja de enfermería**
- Hoja de descargos.
- **Kárdex**

### c) KÁRDEX

El kárdex es un método conciso de organización y registro de los datos de un cliente, ampliamente utilizado y que permite a todos los profesionales el acceso rápido a la información. El sistema consta de una serie de fichas guardadas en un archivador portátil con separadores. Puede sacarse en seguida la ficha de cierto cliente para dar a conocer datos concretos. A menudo la información puede cambiarse y actualizarse. La información contenida en el kárdex puede organizarse en secciones como por ejemplo:

Información pertinente del cliente, como nombre, número de habitación, edad, estado civil, fecha de ingreso, nombre del médico, diagnóstico médico, tipo y fecha de cirugía, ocupación y parientes mas cercanos. (5)

- Lista de medicamento, con la fecha de prescripción y las horas de administración de cada uno.
- Lista de líquidos intravenosos.

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú:pp22, 23

- Lista de tratamientos y procedimientos diarios, como enemas, cambios de vendajes, drenaje postural, o medicación de constantes vitales.
- Lista de procedimientos de diagnósticos solicitados.
- Alergias.
- Información específica sobre como han de satisfacerse las necesidades físicas como tipo de dieta, necesidad de higiene, eliminación, actividad.
- Lista de problemas y objetivos formulados y una lista de planteamientos de enfermería para satisfacer para esos objetivos y aliviar los problemas. (5)

Deberá ser elaborado y registrado por la licenciada de enfermería y deberá tener los datos generales del usuario, fecha de ingreso del usuario, nombre del médico tratante, diagnósticos, dieta, indicaciones, medicas actualizadas, plan de cuidados de enfermería según diagnósticos, nombre sello y firma de la responsable. (8)

El Kárdex o plan diario de cuidados de enfermería tiene los siguientes objetivos: (6)

1. Determinar si los diagnósticos enfermeros han variado durante el turno, el diagnostico es probable que no continúe en el turno siguiente porque se solucionó.
2. Establecer prioridades durante el turno.
3. Decidir, en qué problema debe concentrarse.
4. Dirigir las actividades a la causa o factor. (6)

#### **d) HOJA DE ENFERMERIA**

Es un registro completo del tratamiento como observaciones, de signos físicos síntomas subjetivos, reacciones a medicamentos, dietas, líquidos que recibió el cliente desde el momento de ingreso a egreso del hospital. Es el instrumento más importante para verificar la eficacia de atención; también nos permite verificar el cumplimiento de las indicaciones médicas y los cuidados otorgados por el personal de enfermería.

La hoja de enfermería consta de datos generales y específicos:

En los datos generales se registra el apellido paterno, materno, nombre y apellido del esposo en caso necesario, seguidamente el centro sanitario, servicio, sala y cama correspondiente, también el número de seguro de historia clínica.

Dentro de los datos específicos existen casillas donde registran la fecha en la cual se realiza el procedimiento, casillero de la hora del mismo procedimiento, en el siguiente casillero se registran procedimientos realizados con el cliente, ejemplo cateterismo vesical, curaciones y otros.

El siguiente casillero corresponde a la descripción de síntomas observados en el cual se registran aspectos relevantes en relación al procedimiento realizado, finalmente el casillero del nombre de la enfermera, donde la enfermera que realiza determinado procedimiento en el cliente deberá su firma y sello de su nombre.

---

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú: Julio 2008, pp 73.

8. Luna Orosco J, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Manual de Auditoría en salud y norma técnica. La paz – Bolivia :2008, pp 37.



Esta hoja al final del mismo presenta un pie de pagina que es el siguiente: “Esta hoja debe ser manejada por Enfermería, se registra cronológicamente las actividades y funcione, ilustra los síntomas y signos principales del paciente, Hospitalizado durante las 24 horas.”

#### **6.2.16 NORMAS PARA LOS REGISTROS DE ENFERMERIA**

1. Debe Ser objetiva: el registro debe contener información descriptiva, es decir lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente y huele.
2. No usar, bueno adecuado regular o malo: ya que son sometidas a interpretación que difiere de persona a persona, tampoco usar deducciones.
3. Debe ser subjetiva: el registro debe contener información obtenida del interrogatorio y que sólo es apreciado por la persona o la paciente.
4. Debe ser fiable: la información debe ser exacta para ser fiable ej.:”herida abdominal de 6 cm. De longitud sin enrojecimiento” es más exacta y descriptiva.
5. No utilizar abreviaturas o símbolos, ya que confunden.
6. Usar ortografía correcta y letra legible: una ortografía correcta, aumenta la exactitud de la documentación, de igual manera una letra legible ayuda a conocer la información, se recomienda usar letra de imprenta cuando no es legible.
7. Debe incluir observaciones de otros cuidadores, hechas por otros profesionales Ej.:”apósitos quirúrgicos retirado, por el Dr. Henry Ramos”.

8. Debe terminar el registro con la firma y sello, así como el N° del colegio profesional: la firma de la enfermera debe ser completa como figura en su carnet de identidad.
9. Debe ser concisa: la información debe ser, breve, evitar palabras innecesarias.
10. Debe ser actualizada: la información debe ser actual y que corresponda al turno del día registrado. Los siguientes datos deben ser siempre actuales:
  - Signos vitales.
  - Administración de medicamentos y tratamientos.
  - Preparación para pruebas, diagnósticos o cirugía.
  - Admisión, traslado, alta o fallecimiento.
  - tratamiento de emergencia.
11. Debe estar bien ordenado: la información debe seguir un orden, las notas desordenadas no ayudan, confunden, para ello se ha establecido por Murphy, Burke en el siguiente orden:
  - S=** Subjetivo
  - O=** Objetivo
  - A=** Análisis o diagnóstico
  - P=** Plan u objetivo del plan
  - I=** Intervención
  - E=** Evaluación o resultado esperado.
12. Debe ser confidencial: La información no debe ser revelada a otros pacientes o personas no implicadas en la atención, la confidencia está respaldada legal y éticamente.
13. Anotar con tinta azul o negro para turnos de mañana y tarde y tinta roja para turnos de noche: las observaciones hechas al paciente por la enfermera durante la noche son de gran importancia para las

decisiones del equipo sanitario respecto al estado de salud del paciente.

14. No usar borrador, ni liquido paper, porque es observado legalmente
15. Tachar o poner entre paréntesis no valido y firmar al costado en el caso de equivocación.
16. No dejar un espacio entre un registro y otro porque puede ser llenado sin corresponder. (6)

#### **6.2.17 AQUELLO QUE NO SE DEBE ANOTAR**

1. Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, descalificando al paciente.
2. No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
3. No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.  
No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren
4. No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
5. No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.

---

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Julio 2008, p 122-124.

La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal. (10)

### **6.3 MARCO REFERENCIAL**

#### **6.3.1 Mandato legal base de creación.**

El Seguro Social Universitario. La Paz; fue creado por el Consejo Supremo Re solucionario de la Universidad Mayor de San Andrés; mediante Resolución N° 28/207/110/70 de fecha 4 de junio de 1970, mismo que aprueba el Estatuto Orgánico como Caja de Seguro Social Universitario contemplando las prestaciones de seguros de corto a largo plazo en forma integral.

La Legalización de la Resolución N° 28/207/110/70 fue ejecutada en el gobierno del General Juan José Torres G. mediante decreto supremo N° 09650 de fecha 31 de marzo de 1971, disposición con la que queda facultada para funcionar como ente gestor.

El Seguro Social Universitario La Paz, es una entidad de derecho público con personería jurídica y autonomía de gestión técnica, financiera y administrativa propia, institución que funciona bajo la tuición honorable Consejo Universitario de la Universidad Mayor de San Andrés, teniendo su campo de aplicación a los trabajadores de las universidades del departamento de La Paz y otras instituciones afiliadas.

Actualmente la institución gestora realiza las siguientes prestaciones:

- a) Prestaciones en Especie del Seguro de Enfermedad.
- b) Prestaciones en Dinero del Seguro de Enfermedad.
- c) Prestaciones en Especie del Seguro de Maternidad.
- d) Prestaciones en Dinero del Seguro de Maternidad.

---

10. Disponible,..en...[http://www.nureinvestigación.es/FICHEROS\\_ADMINISTRA DOR/PROTOCOLO/PDF\\_protocolo28.pdf](http://www.nureinvestigación.es/FICHEROS_ADMINISTRA DOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf),visitado el 20 de Junio del 2010.

- e) Prestaciones en Especie del Seguro de Riesgos Profesionales a Corto Plazo.
- f) Prestaciones en Dinero del Seguro de Riesgos Profesionales a Corto Plazo.

### **6.3.2 Servicios de enfermería**

#### **a) Tipo de organización**

El hospital Seguro Social Universitario tiene una organización tipo lineal,

La comunicación fluye de arriba hacia abajo significa que la jerarquía es descendente y centralizada.

#### **b) Sistema de trabajo de enfermería**

En el hospital Seguro Social Universitario cuenta con su departamento de enfermería, en este hospital los asegurados y los beneficiarios reciben atención especializada, por lo tanto el sistema de trabajo corresponde a ser por funciones y por pacientes, porque a cada enfermera se le designa determinada cantidad de pacientes y tienen funciones específicas.

El cumplimiento laboral el día domingo y feriados corresponde al trabajo en equipo.

#### **c) Recursos humanos.-**

El hospital del Seguro Social Universitario, cuenta con un personal de enfermería que es el siguiente:

**Jefe de enfermeras:** (Máxima autoridad dentro del personal de enfermería, Lic. Sonia Apaza Rocha).

**Supervisoras:** Total 5

**Consultorio Externo:** Total 1

Turno mañana =	Emergencias, piso 7, 8, 9 y 10	Total1
Turno tarde =	Emergencias, piso 7, 8, 9 y 10	Total 1
Turno noche A=	Emergencias, piso7, 8, 9 y 10	
Turno noche B=	Emergencias, piso 7, 8, 9 y 10	Total 1

**Enfermeras de piso y auxiliares de enfermería.**

Turno Mañana	3 Licenciadas	3 auxiliares
Turno Tarde	3 Licenciadas	3 auxiliares
Turno Noche A	3 Licenciadas	3 auxiliares
Turno Noche B	3 Licenciadas	3 auxiliares

**d) Infraestructura.-**

El hospital de Seguro Social Universitario cuenta con los siguientes servicios: Consultorio Externo, Emergencias, Medicina interna, Cirugía Pediatría, Hemodiálisis, Terapia intensiva, Quirófano, U.CI.N.; Nutrición, Farmacia, Trabajo social, Administración, Vigencia de derechos, Laboratorio, Rayos X, Almacenes y Lavandería.

Es un hospital tipo vertical ya que la construcción de cada servicio es de 15 plantas

Numero de camas del hospital seguro Social Universitario = 39 camas

Numero de camas del problema en estudio = 9

**VII. VARIABLES**

**a) Variable dependiente.-**

Registros de enfermería.

**b) Variables independientes.-**

- Llenado Kárdex
- Llenado Hoja de enfermería

**c) Operacionalización de variables.-**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>INDICADOR</b>
¿El Kardex cuenta con los datos generales del cliente?	Diagnostico medico, N° de Seguro, Nombre y Apellidos, fecha de ingreso, N° de cama, alergias, medico tratante	Cualitativo	SI NO
Cuenta con el listado de prescripción medica, lista de medicamentos, exámenes de solicitud actualizados.	Cada indicación de tratamiento dieta y cuidados deben ser actualizados cuando así se lo requiere en cada turno.	Cualitativo	SI NO
¿La transcripción ha sido alterada o borrada?	No deben existir borrones o enmiendas.	Cualitativo	SI NO
Cuenta con el diagnostico de enfermería de la NANDA según los problemas planteados	La clasificación según 13 dominios, las 47 clases y los 172 diagnósticos.	Cualitativo	SI NO
Cuenta con las intervenciones de enfermería NIC.	El NIC es el tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza la profesional de enfermería.	Cualitativo	SI NO
Cuenta con los resultados NOC.	El NOC significa el estado del cliente luego de una intervención de enfermería.	Cualitativo	SI NO
¿La hoja de enfermería cuenta con los datos generales del cliente?	Nombre y Apellido, N° de seguro, N° de cama, especialidad.	Cualitativo	SI NO
¿En el reporte se deja espacio entre un registro y otro?	El reporte no debe dejar espacio entre un registro y otro porque puede ser llenado sin corresponder.	Cualitativo	SI NO
El reporte de enfermería es relatada de acuerdo al SOAPIE según los diagnósticos de la NANDA.	El registro contiene información veraz del PAE (valoración, diagnostico, planificación, ejecución, evaluación) el cual es plasmado en el SOAPIE.	Cualitativo	SI NO
¿Se utiliza el color correspondiente a cada turno?	Turno mañana AZUL Turno tarde NEGRO Turno noche ROJO	Cualitativo	SI NO
¿Se registra el sello y la firma de la persona responsable?	El sello y la firma se deben colocar al pie del registro.	Cualitativo	SI NO

¿La ortografía utilizada es correcta?	La redacción del reporte debe ser legible.	Cualitativo	SI NO
¿Existen borradores en el reporte de enfermería?	El registro de enfermería es un documento legal.	Cualitativo	SI NO
¿La información es fiable?	La información debe ser exacta	Cualitativo	SI NO
¿Se utiliza abreviatura en el reporte de enfermería?	Las abreviaturas pueden ser interpretadas de diferente manera por cada persona.	Cualitativo	SI NO
¿La ortografía es correcta y legible?	La ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación.	Cualitativo	SI NO
¿Incluye información de procedimientos que le realizaron al paciente otros profesionales de salud?	En el paciente recibe atención del personal médico, fisioterapia, etc.	Cualitativo	SI NO
¿La información es breve y concisa?	La información breve evita palabras innecesarias	Cualitativo	SI NO
¿La información es actual y corresponde al turno?	Los datos deben ser actuales del día registrado	Cualitativo	SI NO



## **VIII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **8.1 Tipo de estudio**

#### **a) Cuantitativo**

Debido a que los datos son productos de mediciones, se representan mediante números se analizan por medio de la estadística.

#### **b) Cualitativo**

Debido a que nuestro estudio de investigación es la calidad.

#### **c) Retrospectivo**

Porque el trabajo se realiza en serie de casos de expediente clínicos de pacientes que fueron dados de alta en los meses de enero a junio del año 2009

#### **d) Descriptivo**

Porque se describe el cumplimiento del personal de enfermería en cuanto a los registros de enfermería y evaluación de calidad de los mismos.

### **8.2 Población de referencia (UNIVERSO)**

El Seguro Social Universitario cuenta con una población de afiliada de menores de 5 años de un total de 503 en el primer trimestre de la gestión del 2009

### **8.3 Muestra**

Fueron tomados en cuenta todos los expedientes clínicos de pacientes del área de pediatría de 1 mes a 5 años de edad que fueron internados y dados de alta en el primer semestre del año

### **8.4 Pasos metodológicos**

a) Se recolectó la información mediante los formularios diseñados.

b) Se vació las respuestas en formularios para este fin.

- c) Se ordenó y clasificar datos.
- d) Se determinó porcentajes.
- e) Se analizó los datos obtenidos
- f) Se describió los resultados.
- g) Se planteó una propuesta de investigación para mejorar la calidad de los registros de enfermería

### **8.5 Análisis de datos**

Se realizó una descripción de las características de las variables incluidas en el estudio y se llevó a cabo un análisis de acuerdo a las características de las variables, aplicando una estadística descriptiva.

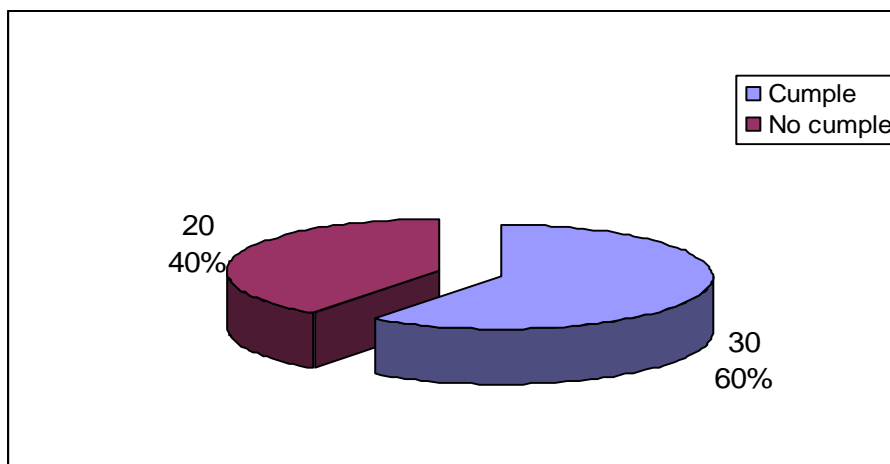
## IX. RESULTADOS

Tabla N°1 Calidad de los registros de enfermería en el kardex

Variables	Frecuencia	%
<b>N=50</b>		
<b><i>Registro de Datos del paciente</i></b>		
Cumple	30	60
No cumple	20	40
<b><i>Actualización de indicaciones medicas</i></b>		
Ejecuta	46	92
No Ejecuta	4	8
<b><i>Transcripción sin alteración</i></b>		
Ejecuta	35	70
No Ejecuta	15	30
<b><i>Diagnostico de enfermería</i></b>		
Ejecuta	0	0
No Ejecuta	50	100
<b><i>Intervenciones del NIC</i></b>		
Ejecuta	0	0
No Ejecuta	50	100
<b><i>Resultados del NOC</i></b>		
Ejecuta	0	0
No Ejecuta	50	100

**Fuente:** Historias clínicas de estadística del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Enero a Junio del 2009

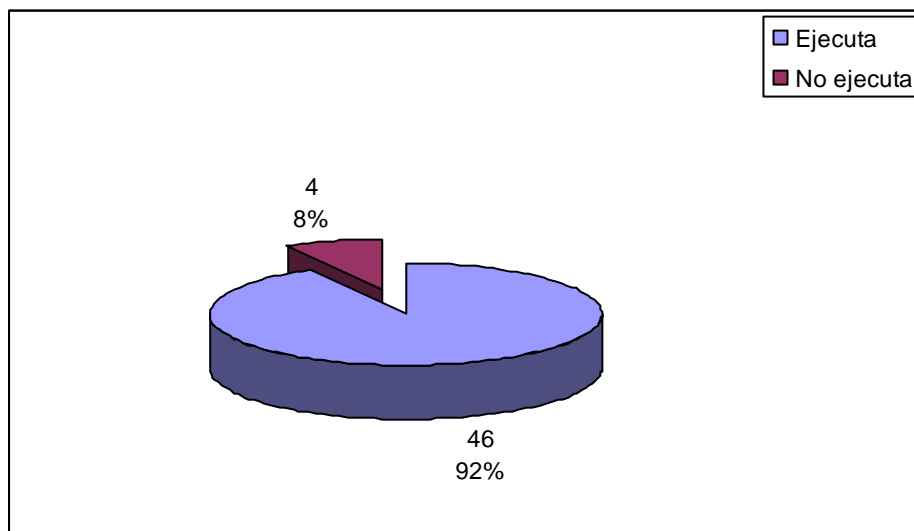
**RESULTADOS DEL KARDEX**  
**Grafico N° 1**  
**¿SE REGISTRA DATOS DEL PACIENTE?**



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar en el kardex que en un 60% cuenta con los datos generales del paciente como ser nombre y apellido, numero de cama, código de seguro, medico tratante, fecha de ingreso, peso , tipo de sangre, alergias y el 40% no cumple con las para el manejo de las mismas.

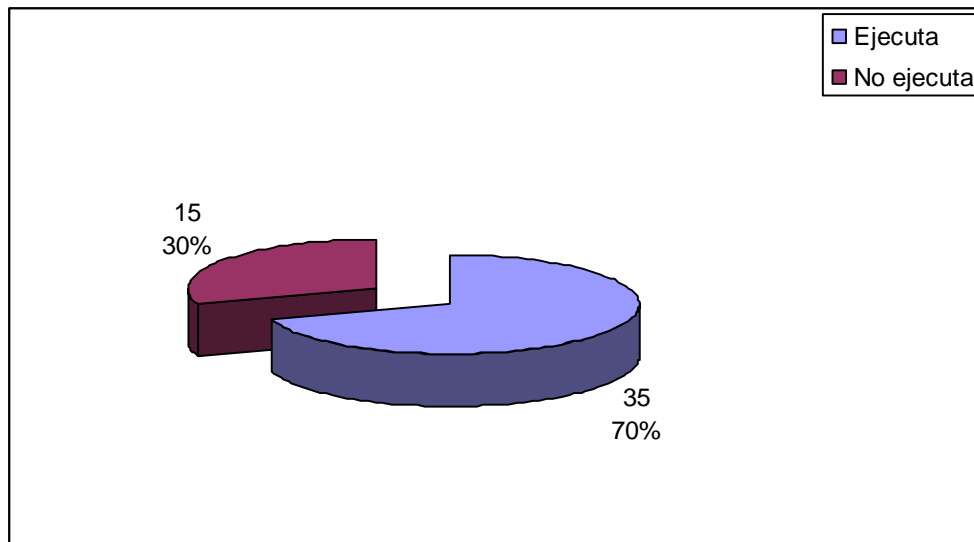
**Grafico N° 2**  
**ACTUALIZACIÓN DE INDICACIONES MÉDICAS**



**Interpretación:**

En el presente cuadro observamos que e 92 % de los Kardex se encuentran actualizados de acuerdo a la prescripción médica como ser medicamentos, soluciones intravenosas y exámenes solicitados como indica las normas internacionales y el 8% de los mismos les falta la actualización como indican las normas internacionales.

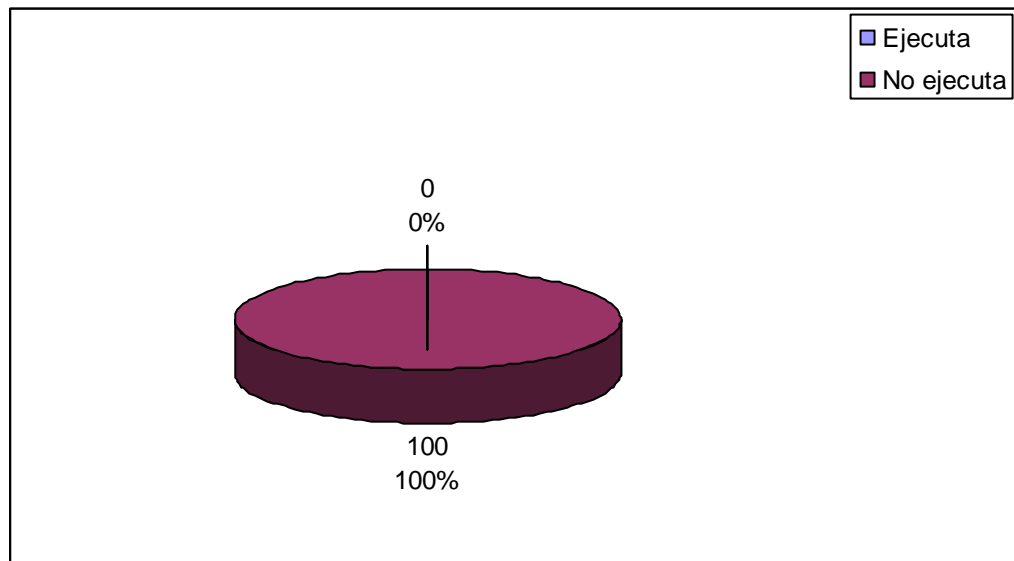
**Grafico N° 3**  
**TRANSCRIPCIÓN SIN ALTERACIÓN**



**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que en un 70 % de los Kardex se encuentra con la transcripción sin alteraciones como borrones o la utilización de correctores y el 30 % se encuentran alterados no cumpliendo con las normas para el manejo de las mismas.

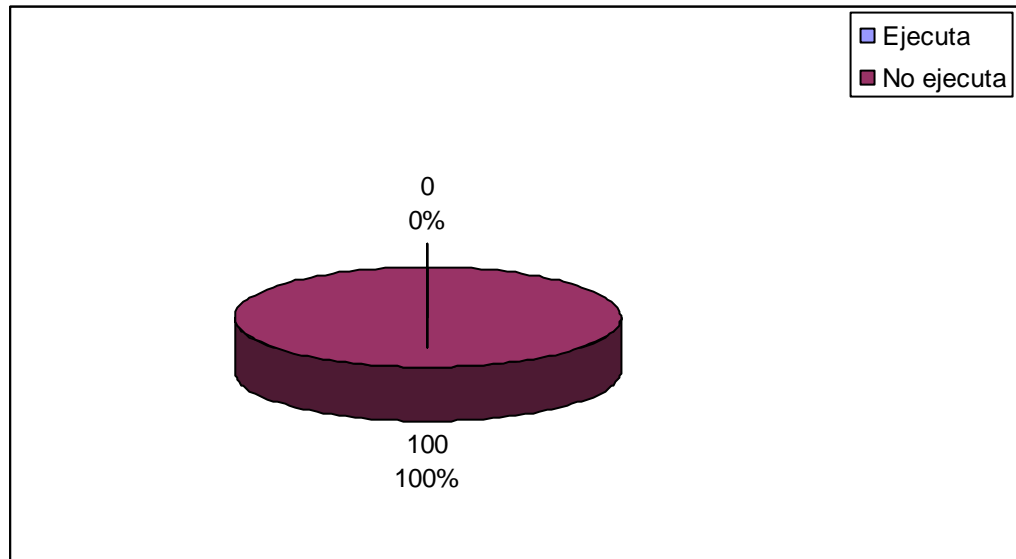
**Grafico N° 4**  
**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**



**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 100% de los Kardex no cuentan con un diagnóstico de enfermería lo cual indica que el 0% no cumple con las normas establecidas para su manejo, como indican las normas internacionales.

**Grafico N° 5**  
**INTERVENCIONES DEL NIC**

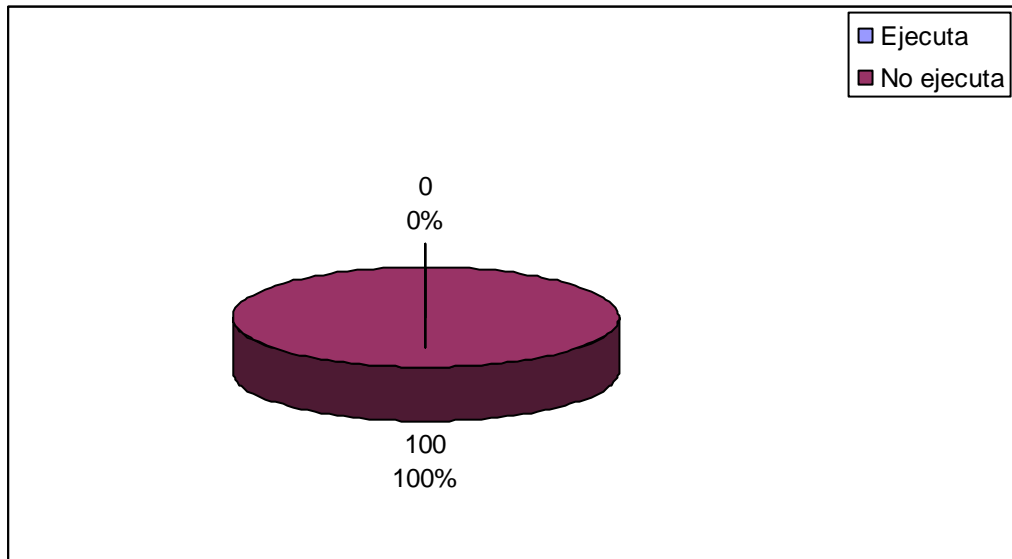


**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 100% de los Kardex no cuentan con el NIC de enfermería lo cual indica que el 0% no cumple con las normas establecidas para su manejo, como indican las normas internacionales.



**Grafico N° 6**  
**RESULTADOS DEL NOC**



**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 100% de los Kardex no cuentan con el NOC de enfermería lo cual indica que el 0% no cumple con las normas establecidas para su manejo, como indican las normas internacionales.

**Tabla Nº 2 Calidad de los registros de la hoja de enfermería.**

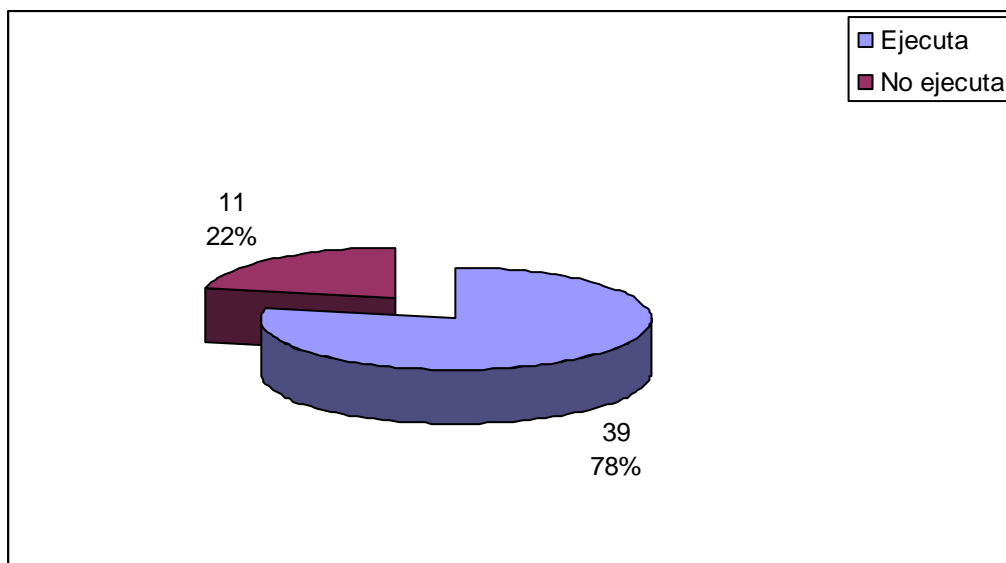
<b>Variabales</b> <b>N=50</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Registro de Datos del paciente</b>		
Ejecuta	39	78
No ejecuta	11	22
<b>No deja espacio entre uno y otro registro</b>		
Cumple	36	72
No cumple	14	28
<b>Registro de acuerdo a SOAPIE</b>		
Cumple	0	0
No cumple	50	100
<b>Color correspondiente a cada turno</b>		
Cumple	50	100
No cumple	0	0
<b>Sello y firma del responsable</b>		
Cumple	27	54
No cumple	23	46
<b>Registro de procedimientos de otros profesionales</b>		
Cumple	40	80
No cumple	10	20
<b>Letra correcta y legible</b>		
Cumple	24	48
No cumple	26	52
<b>No borrones ni correctores</b>		
Cumple	23	46
No cumple	27	54
<b>Información breve y concisa</b>		
Cumple	25	50
No cumple	25	50
<b>Información actual correspondiente al turno</b>		
Cumple	50	100
No cumple	0	0
<b>Información fiable</b>		
Cumple	28	56
No cumple	22	44
<b>No utilizar abreviaturas en el reporte</b>		
Cumple	42	84
No cumple	8	16

**Fuente: Historias clínicas de estadística del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz. Enero a Junio del 2009**

## RESULTADOS DE LA HOJA DE ENFERMERIA

### Gráfico N° 7

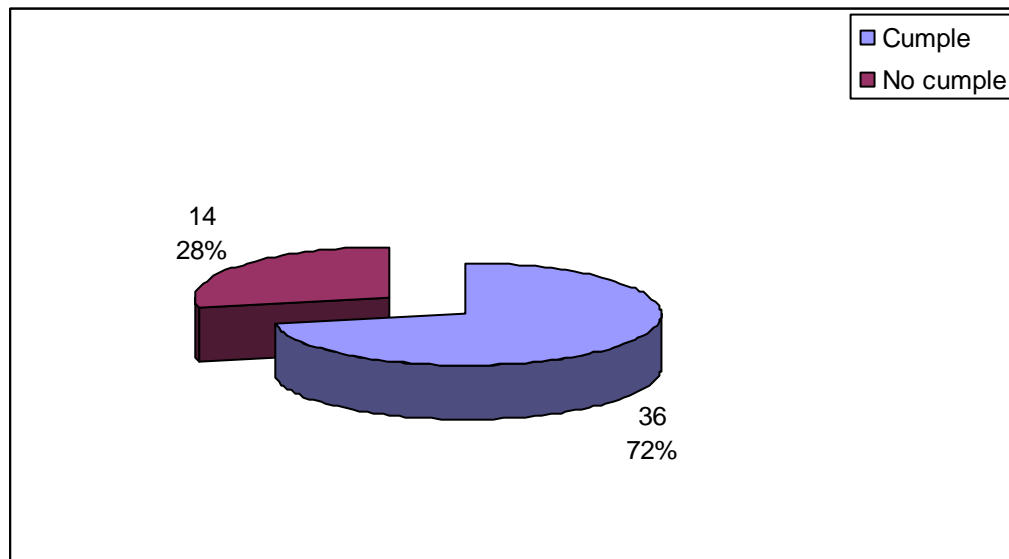
#### *SE REGISTRO DATOS DEL PACIENTE*



#### **Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 78% de las hoja de enfermería se encuentra con los datos generales del paciente como nombre apellido, código de seguro, número de cama, especialidad, y el 22% de los registros no cumple con esta norma para el manejo de las mismas como indican las normas internacionales.

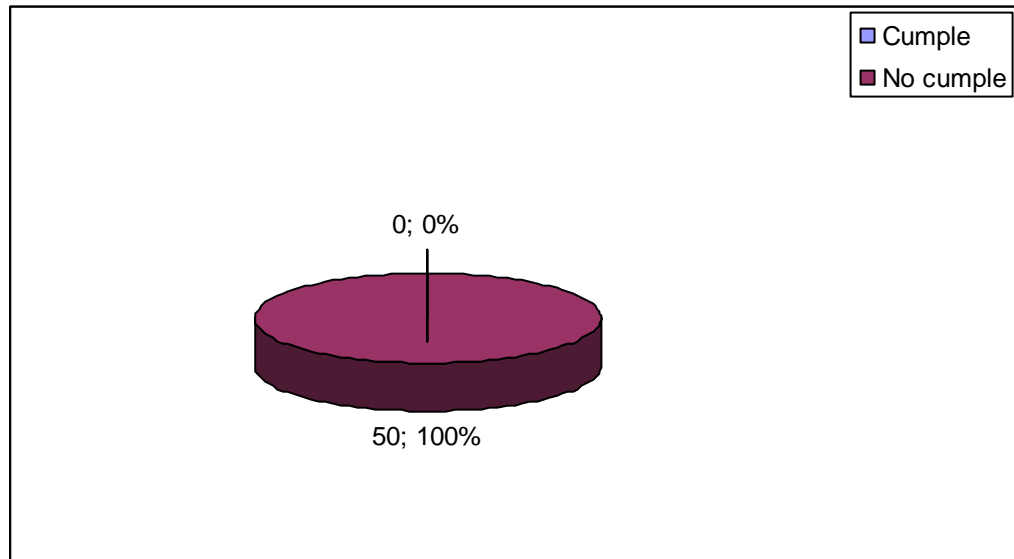
**Gráfico N° 8**  
**NO DEJAR ESPACIO ENTRE UNO Y OTRO REGISTRO**



**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 72% de las hojas de enfermería revisadas no deja espacio entre un reporte y otro y el 28% si deja espacio en blanco no cumpliendo asi con las normas establecidas para el manejo de las mismas.

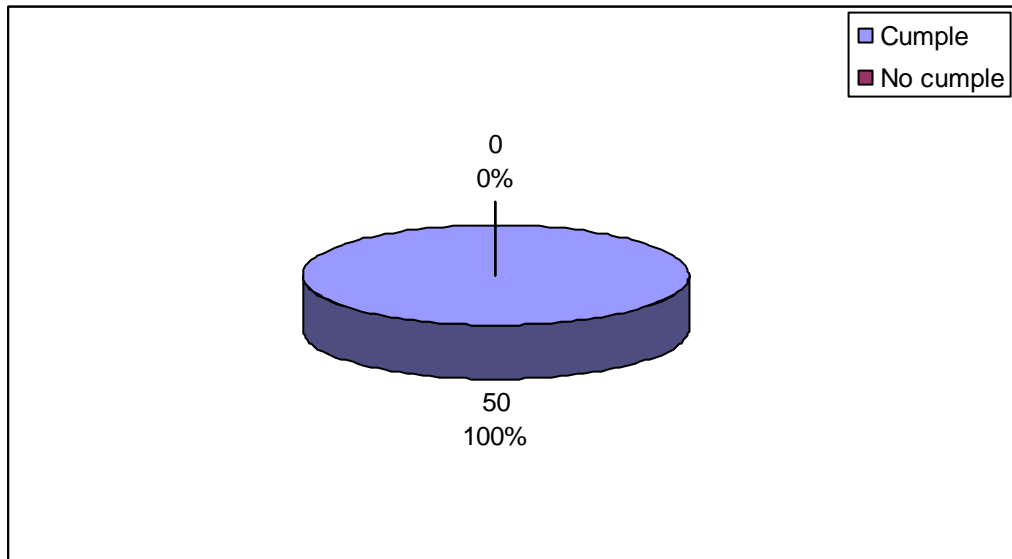
**Gráfico N° 9**  
**REGISTRO DE ACUERDO A SOAPIE**



**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 100% de los reportes de enfermería no se encuentra de acuerdo a la al SOAPIE y lo cual indica que el 0% no cumple con las normas internacionales establecidas para el manejo de las mismas.

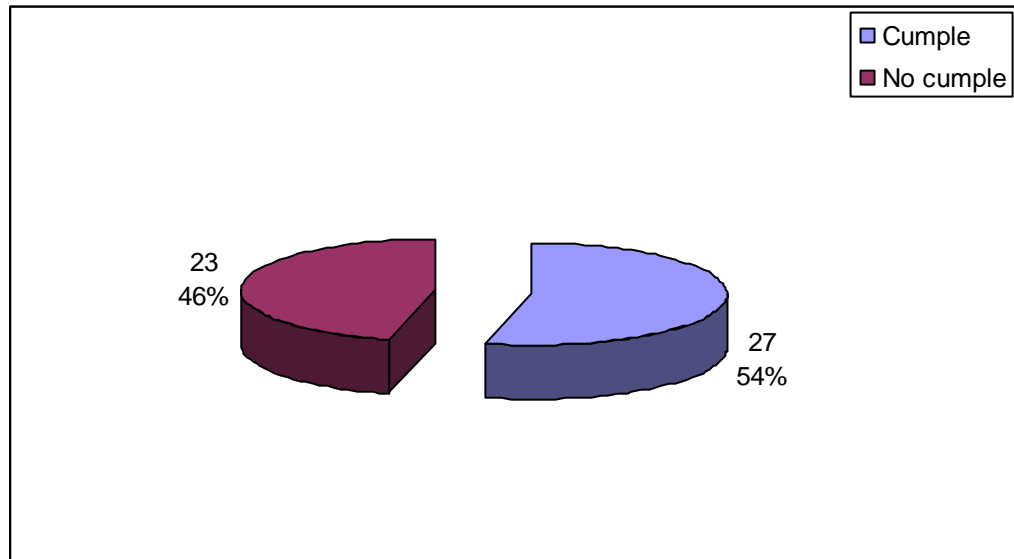
**Gráfico N° 10**  
**COLOR CORRESPONDIENTE A CADA TURNO**



**Interpretación:**

En el presente cuadro observamos que el 100% de todos los registros de enfermería se encuentran de acuerdo al turno azul en el turno mañana, negro en la tarde y rojo en la noche y el 0% indica que ningún registro se encuentra con el reporte de otro color indicado al turno cumpliendo así la norma para el manejo de las mismas.

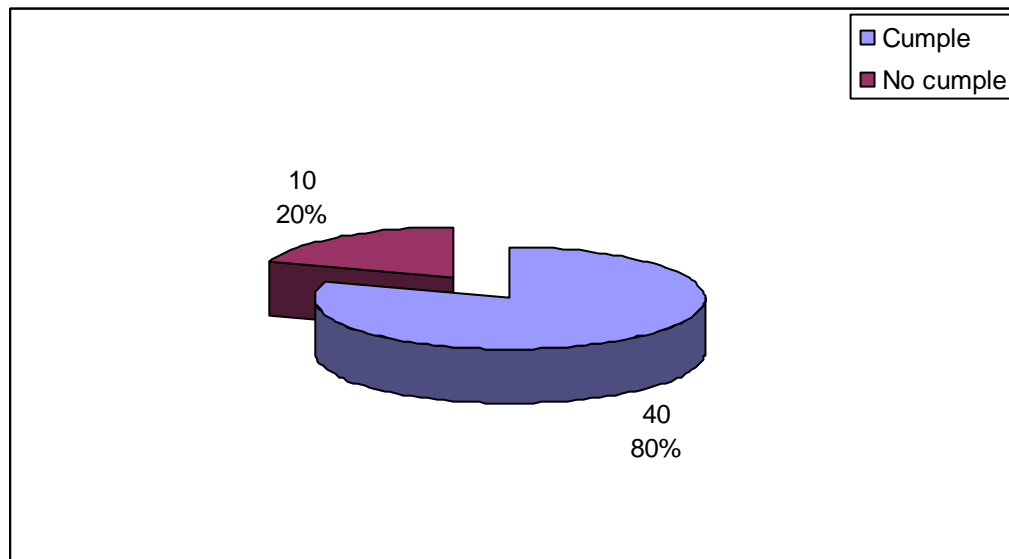
**Gráfico N° 11**  
**SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE**



**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa que el 54 % de los registros se encuentran con el sello y firma de la persona responsable y el 46 % no se encuentran con sello y en otras ocasiones sin firma de la persona responsable no cumpliendo así con las normas internacionales para el manejo de las mismas.

**Gráfico N° 12**  
**REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS DE OTROS PROFESIONALES**

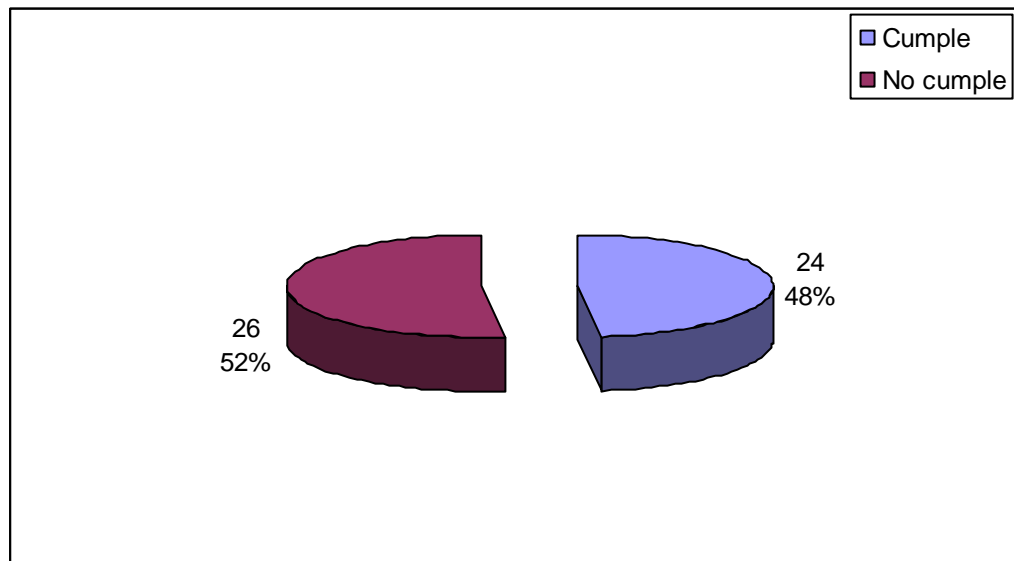


**Interpretación:**

En el presente cuadro observamos que en un 80 % de los **reportes de enfermería se registran** los procedimientos realizados por diferentes profesionales en salud, (como son el médico especialista, medico de guardia, personal de laboratorio, personal de fisioterapia) y un 20 % no registra actividades realizadas por otro personal de salud como indican las normas internacionales.



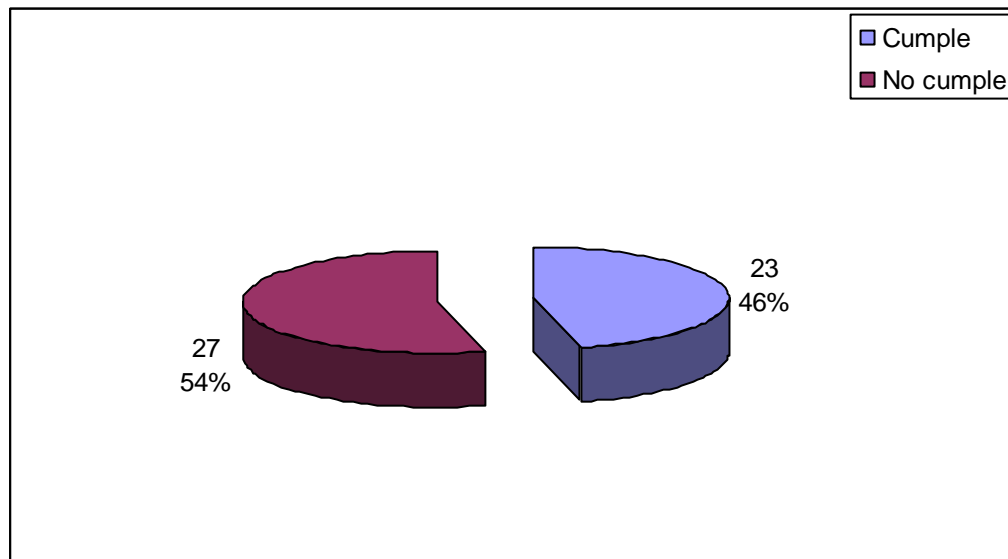
**Gráfico N° 13**  
**LETRA CORRECTA Y LEGIBLE**



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar que el 52 % de los registros no se encuentran con una correcta ortografía y en otros casos el registro no es legible, y 48% si utiliza letra con ortografía correcta y legible como indican las normas internacional.

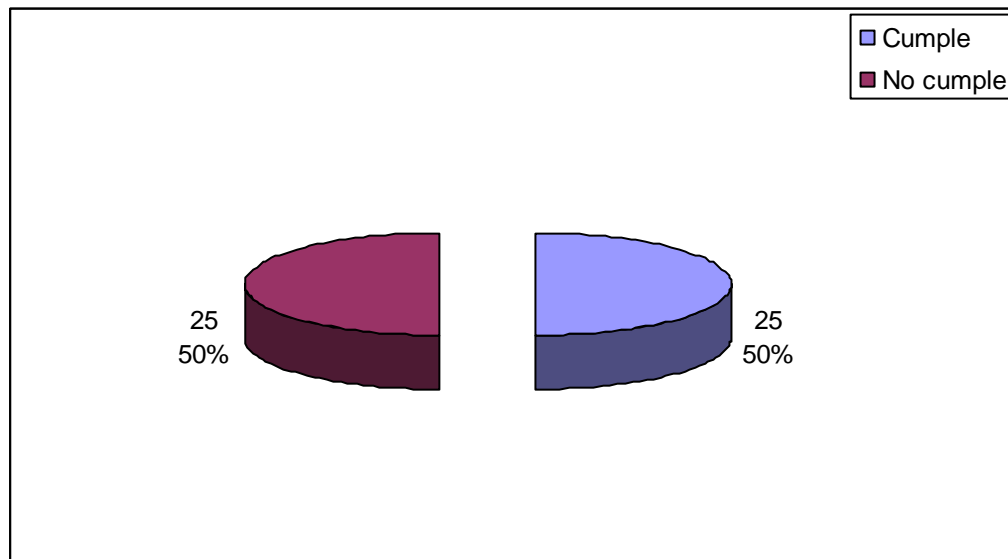
**Gráfico N° 14**  
**NO BORRONES NI CORRECTORES**



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar que el 54% de los registros se encuentra con borrones o la utilización de liquido paper lo cual no esta permitido en las normas internacionales y el 46% de los registros no se encuentra con borrones y correctores.

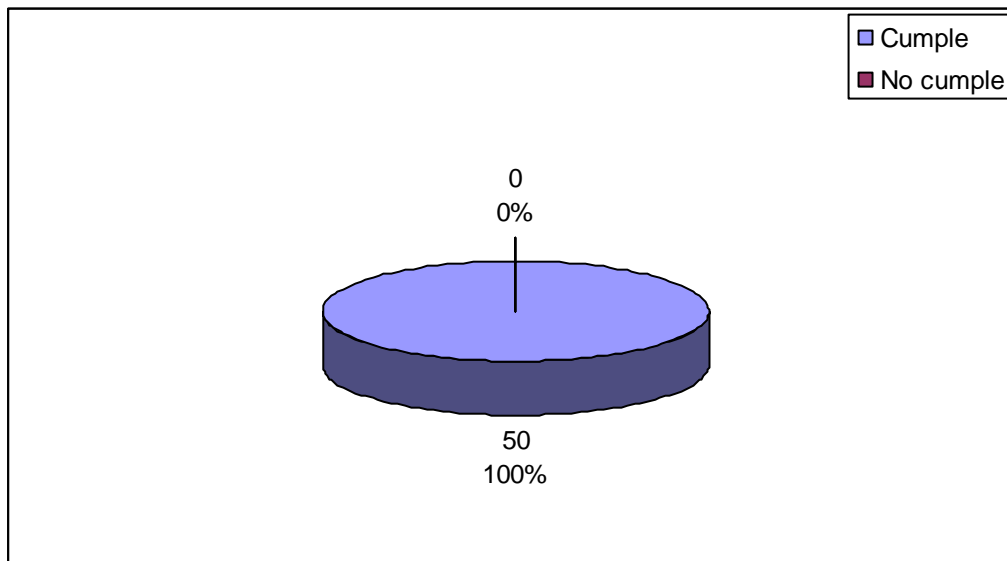
**Gráfico N° 15**  
**INFORMACIÓN BREVE Y CONCISA**



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar que el 50% de los registros se encuentra con información exacta y concisa como indican las normas y el 50% no se encuentran con información inexacta no cumpliendo así con las normas establecidas para el manejo de las mismas.

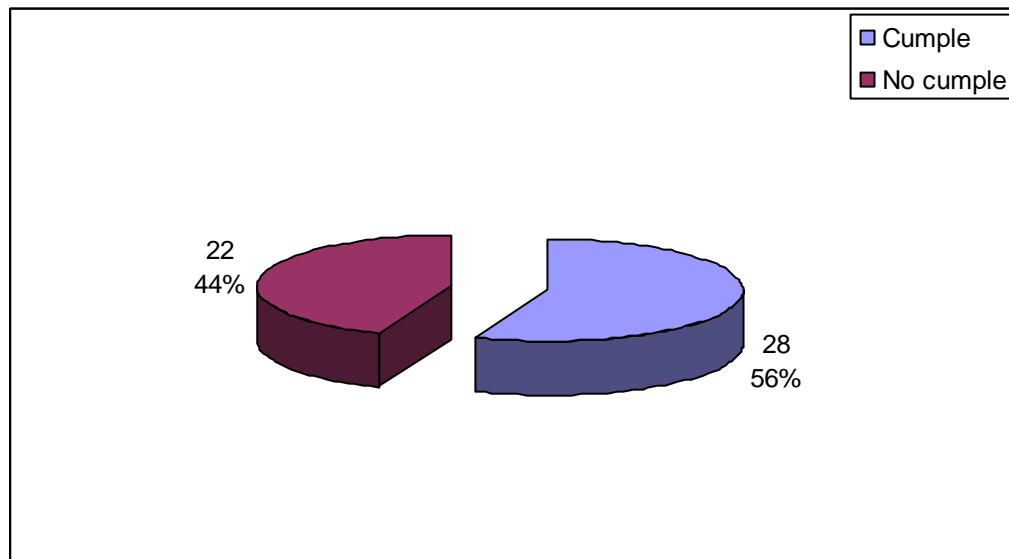
**Gráfico N° 16**  
**INFORMACIÓN ACTUAL CORRESPONDIENTE AL TURNO**



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar que el 100% de los registros se encuentran con información actual que corresponde solamente al turno y el 0% de los registros cumple con la norma establecida para el manejo de las mismas.

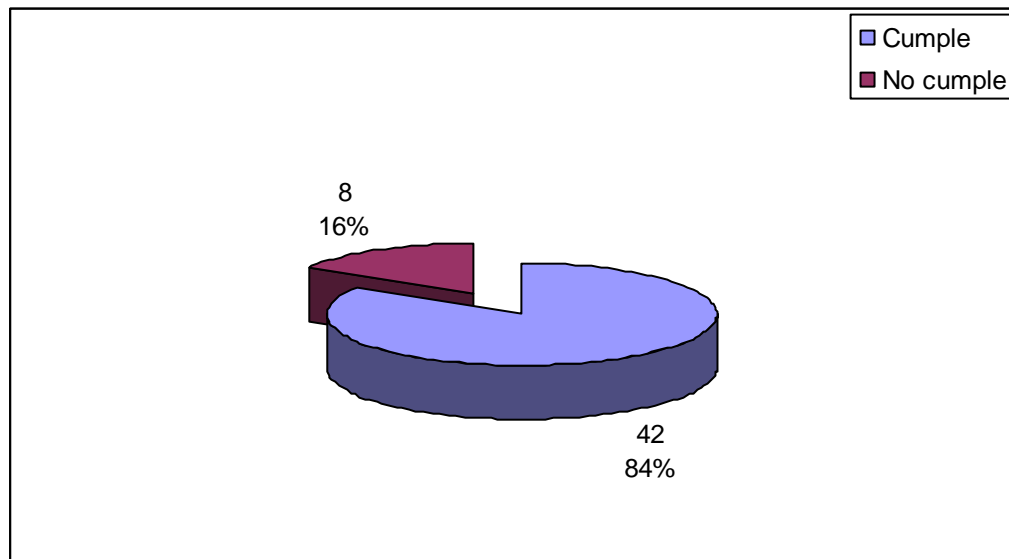
**Gráfico N° 17**  
**INFORMACIÓN FIABLE**



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar que el 56 % de los registros contiene información fiable exacta y el 44% no cuenta con información fiable no cumpliendo así con las normas establecidas para su manejo.

**Gráfico N° 18**  
***NO UTILIZAR ABREVIATURAS EN EL REPORTE***



**Interpretación:**

En el presente cuadro podemos observar que el 84% se encuentran con abreviaturas en el registro de enfermería y el 16 % no se encuentran con abreviaturas como indican las normas internacionales.

## **X. DISCUSION**

El mayor hallazgo encontrado en los registros de enfermería es la falta del diagnóstico de enfermería el cual es indispensable para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados de enfermería, ya que el PAE es considerado como método principal del desempeño de la enfermera profesional que enlaza el conocimiento científico, la ciencia gerencial, la investigación de la ciencia del cuidado, la epidemiología para brindar el cuidado de enfermería.

En una comparación con los antecedentes de estudios realizados en otros países como México y Colombia los tipos de registro son narrativos, con repetición y anotaciones extensas que no reflejan con claridad el problema.

Faltan los datos de identificación del paciente, errores gramaticales, se utilizan abreviaturas uso de correctores, líneas en blanco firmas ilegibles y sin sello.

Por lo tanto no se está aplicando el proceso de atención de enfermería que es instrumento propio de enfermería, esta hoja es llenada en un mayor porcentaje por personal auxiliar de enfermería el cual registra en forma narrativa y a grandes rasgos.

La enfermera no puede seguir interactuando con las personas sin dar las soluciones específicas a los problemas que identifica el rol que cumple la profesional en la sociedad actual.

La responsabilidad profesional se sustenta por el hecho de que el PAE se enseña en toda la formación profesional de las enfermeras.

Sin embargo existen todavía dificultades en su implementación al no contar con un documento ágil y condiciones en el sistema de salud que ayude a su aplicación.

## **XI. CONCLUSIONES**

Según los resultados de la investigación se concluye:

La calidad de los registros según las normas internacionales: no se cumplen falta una adecuada capacitación, información y normativa.

La falta de capacitación para el llenado de los registros de enfermería es un problema que se arrastra desde el pregrado ya que no se siguen normas procedimientos como deberían ser.

Por este defecto observamos registros con borrones con graves faltas de ortografía, mala sintaxis mala redacción, letra poco legible y en muchos casos y en los mas ilegibles.

Otro problema en el correcto llenado de registros de enfermería es que muchas licenciadas y auxiliares creen de manera equivocada que el registro debe ser extenso, cuando la norma internacional es clara al respecto, registros breves, claros y concisos, al margen de la letra legible buena redacción y ortografía.

Vamos a ser reiterativos al respecto de un adecuado registro en las historias clínicas ya que este es un documento legal y su incorrecto llenado puede condicionar auditorias.

Dentro de esta problemática es muy frecuente la falta de sellos de la enfermera encargada ya sea por la premura en la atención o el olvido pero sobre todo a la inexistencia de normas, reglamentos de un correcto llenado de los registros de enfermería.

Otra falencia es la relación con los espacios en blanco aquellos que por diversas causas y razones se debe al olvido del llenado probablemente por exceso o acumulo de trabajo.

1.- En relación al Kardex este sin duda es el más importante en el registro, ya que están las indicaciones médicas, horarios, procedimientos este, que se



deben y tienen que cumplirse con todos y cada uno de los pacientes internados.

En el presente trabajo se hizo hincapié en la falta de diagnóstico de enfermería, ya que en la revisión realizada en las historias clínicas objeto de estudio, puedo asegurar que ninguna de ellas contaba con este elemental dato además del N.O.C. (evaluación de enfermería).

Dada la importancia del kardex las transcripciones de las ordenes medicas sufren omisiones borrones y espacios en blanco reiterando la ausencia del diagnóstico de enfermería.

2.- En lo que respecta a ala hoja de enfermería el reporte de enfermería no cumple con las normas del SOAPIE, tal como dicta la norma internacional en el llenado de la hoja pero además en los registros no se sigue con la descripción narrativa, de este modo se desconoce el proceso de atención de enfermería (PAE). Lo que nos muestra la mayor falta en la norma internacional.

Debemos reiterar nuevamente los errores gramaticales, como ser faltas de ortografía de redacción y sintaxis espacios en blanco y la utilización de correctores y borrones.

3.- Por todo lo mencionado anteriormente es que se propone un seminario taller de intervención a todo el personal de enfermería sobre el correcto llenado de los registros de enfermería respaldado por normas internacionales para su correcta utilización y la formación de un comité de auditoria de enfermería que posteriormente efectúen auditorias de los registros de enfermería por ser estos mismos instrumentos legales y su implementación será de una ayuda invaluable que permitirán la reconstrucción del proceso de enfermería en favor de nuestra profesión

## **XII. RECOMENDACIONES**

- 1.- Es importante que el personal de enfermeras profesionales asignen mayor tiempo en registrar correctamente de acuerdo a normas establecidas y la revisión del mismo en forma oportuna, y no delegue esta responsabilidad tan solo al personal auxiliar.
- 2.- La supervisión directa del personal de enfermería para ver el cumplimiento de las normas y posterior evaluación.
- 3.- Mayor responsabilidad del personal de enfermería para el registro de estos instrumentos técnicos administrativos por ser documento legal que pueden llevar a procesos legales en caso de no ser cumplidos en forma correcta.
- 4.-Hacer conciencia y responsabilizar al personal de enfermería de los beneficios y oportunidades de mejora que proporciona el sistema de evaluación y monitoria como parte del desarrollo disciplinar de la comunidad científica de enfermería.
- 5.- Que la jefatura del departamento de enfermería del Hospital SSU impulse a la práctica de elaboración de los registros de enfermería e incentiven el interés el personal a través de programas de reconocimiento a la calidad de las anotaciones de enfermería.
- 6.- Realizar investigación en otros hospitales servicios similares a fin de establecer comparaciones de los resultados obtenidos.

**PARTE II**

**PROPUESTA DE  
INTERVENCION**

**SEMINARIO-TALLER DE  
INTERVENCION**

**“CORRECTO LLENADO DE  
LOS REGISTROS DE  
ENFERMERIA EN EL  
HOSPITAL DEL SEGURO  
SOCIAL UNIVERSITARIO”**

**LA PAZ**

## I. INTRODUCCION

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.

Las condiciones que debe cumplir un registro para ser considerado de calidad deben de responder a una serie de preguntas, además debe de registrar la atención, la planeación y ejecución de los cuidados a pacientes/clientes; así mismo los sistemas de registro de enfermería deben de ser eficaces, efectivos y eficientes; también debe de evaluarse como se da respuesta a las necesidades de salud de la población.

La enfermera tiene como uno de sus propósitos el otorgar cuidados de máxima calidad en todos los niveles de atención, así mismo el ser gestora y el de docente-investigadora, lo que contribuye al mejoramiento de los cuidados. Además los registros constituyen un documento legal sobre los cuidados profesionales otorgados y son un requerimiento ante los juzgados.

La implantación de las auditorias de los registros de enfermería en otros países ha sido de una ayuda invaluable de los reportes de enfermería en las historias clínicas que han permitido reconstruir los procesos de atención con excepcional claridad.

## **II. ANTECEDENTES**

En el estudio realizado anteriormente sobre la calidad de los registros de enfermería se verificó la deficiencia en cuanto a las notas de enfermería y el cumplimiento de las normas internacionales.

Las fallas que a continuación se enuncian, hacen parte de las encontradas en el estudio

Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes.

Un bajo cumplimiento de la normatividad como ser el registro de acuerdo al proceso enfermero tanto en el kardex como en la hoja de enfermería, falta de datos de identificación, errores gramaticales, uso de corrector, borrones, abreviaturas no convencionales que inducen a error, líneas en blanco, firmas ilegibles y sin sello.

Como se deduce de todo lo anterior, el camino no es simplemente encontrar una manera de registrar las intervenciones de enfermería, sino uno que conlleve a intentar encontrar mejores maneras de manejar y transformar la información para apoyar la práctica enfermera, la calidad de la información básica a obtener de cada paciente a fin de facilitar el desarrollo de un sistema de anotación profesional.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

En el trabajo realizado en el Hospital Seguro Social Universitario en los meses de Enero a Junio del 2009 se observó como son utilizados los registros de enfermería los cuales no obedecen a normas internacionales establecidas

Se propone un seminario – taller por ser una actividad académica para compartir logros, aciertos y desaciertos de la investigación.

Este seminario-taller contribuirá para distinguir, analizar, definir e identificar problemas y con los resultados poder brindar una atención correcta referente al uso adecuado de estos registros y mejorar la información escrita de atención al paciente.

Porque un seminario taller de enfermería va a permitir mejorar la aplicación del proceso de atención de enfermería, mejorar el cuidado del usuario y enriquecer los programas de educación continua.

Posteriormente al seminario-taller se propone la conformación de un comité de auditoría de enfermería para una evaluación continua de los registros de enfermería.

## **IV. MARCO TEORICO**

### **4.1 SEMINARIO**

Es una reunión especializada que tiene naturaleza técnica y académica cuyo objeto es realizar un estudio profundo de un tema específico (motivo del encuentro), en el seminario se siembran ideas, y se recogen fruto.

Se denomina seminario a la actividad que tiene como propósito la indagación y/o profundización del conocimiento de un tema específico, para lo cual se deberá plantear instancias de evaluación sobre los contenidos desarrollados. Las actividades de esta modalidad podrán tener una duración máxima de 40 horas mínima de 6 horas y un número mínimo de 50 personas. (9)

### **4.2 TALLER**

Se denomina taller a las actividades de capacitación cuya metodología proponga un desarrollo inminente práctico sobre la temática abordada por lo cual se deberá prever una producción final.

Es una situación natural de aprendizaje del cual, las operaciones mentales y la afectividad forman una parte constitutiva. Es un lugar de co-aprendizaje, donde todos sus participantes construyen socialmente conocimientos y valores, desarrollan habilidades y actitudes, a partir de sus propias experiencias.

Los talleres tendrán una duración mínima de 10 horas y un máximo de 30 horas cuando se trate de la implementación de talleres permanentes de extensión se podrá estimar una carga horaria de 90 horas. (9)

---

9. Simposio Permanente sobre la Universidad. Quinto seminario General 1990 -1992 ASCUN. Primera unidad. Conferencia IX. El Seminario Investigativo.

9. Simposio Permanente sobre la Universidad. Quinto seminario General 1990 -1992 ASCUN. Primera unidad. Conferencia IX. El Seminario Investigativo.

### **4.3 SEMINARIO TALLER**

Se denomina así a las actividades que se encuadran dentro de las características descriptivas para la modalidad seminario previniendo la aplicación práctica de los obtenidos teóricos desarrollados. esta modalidad prevé la participación activa de los concurrentes, se deberá prever una instancia de evaluación y una carga horaria. (9)

### **4.4 OBJETIVOS DEL SEMINARIO TALLER**

El seminario taller tiene como propósito formalizar espacios institucionales de intercambio discusión a análisis sobre los logros y dificultades de la enseñanza de la ciencias en nuestro país focalizadas en la problemática de interface “enseñanza media universidad”. Se espera promover la reflexión de los docentes sobre las particularidades de la formación de los estudiantes de ciencias, a partir de sus propias experiencias como educadores científicos, así como elaborar colectivamente las mejores estrategias para lograr una educación científica de excelencia, posibles de implementar en nuestra realidad. (9)

### **4.5 VENTAJAS DEL SEMINARIO TALLER**

Proporciona una experiencia de aprendizaje en grupo a través de la comunicación, la cual posibilita un mayor aprendizaje de cada miembro en particular y una retroalimentación durante el ejercicio.

Ofrece un control abierto de la realización del mismo en base a lo planificado y del rendimiento y capacidades de los participantes; posibilita el uso gráficos, uso de diapositivas, materiales y diversas clases de medios.

### **4.6 METODOLOGÍA DE TRABAJO DEL SEMINARIO TALLER**

El Seminario Taller es diseñado y se desarrollará como la producción colectiva de un texto, de un documento narrativo colectivo que de cuenta del



proceso de formación e investigación realizado por los participantes y el profesor coordinador durante tres sesiones de trabajo. Para ello, por un lado, las actividades de taller se centrarán en tareas individuales, grupales y plenarias de escritura, lectura, conversación, análisis, deliberación y reflexión en torno a proyectos, experiencias y prácticas pedagógicas que tienen como actores fundamentales a los participantes. Esta producción escrita de los participantes (relatos de experiencia, comentarios, relatos de formación) constituirá los capítulos del Seminario Taller pensado.

Por otro lado, en el Seminario Taller también se llevara a cabo exposiciones y discusiones coordinadas por el docente-coordinador, referidas tanto a los principios y criterios teóricos y metodológicos que informan a las prácticas de documentación narrativa de experiencias pedagógicas como a los encuadres del trabajo colectivo en los que se encuentran comprometidos los participantes.

#### **4.7 AUDITORIA**

El termino “auditoria” se entiende como un análisis, examen o evaluación, un proceso sistemático y técnico que consiste en obtener y evaluar objetivamente evidencias sobre afirmaciones relativas a los actos, evalúa la marcha de un trabajo. (5)

#### **4.8 AUDITORIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

La auditoria de los registros de enfermería es considerada la parte del proceso que resume las acciones de enfermería y las condiciones clínicas de los pacientes, a su vez los registros determinan la continuidad de las prestaciones, además de los aspectos legales que conllevan los registros. (5)

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 26

En la evaluación de los servicios de Enfermería se ha encontrado que existen deficiencias en los Registros de Enfermería, evidencia por Registros de Enfermería que reflejan incumplimiento de las Normas estipuladas para estos tipos de Registros: (5)

- Normas para los Registros de Enfermería.
- Directivas de Registros Eficaces.
- Instructivos de los Registros de Enfermería de uso frecuente en Hospitalización

#### **4.9 UTILIDAD DE LA AUDITORIA DE ENFERMERÍA**

El provecho que se puede obtener de la auditoria es múltiple, por ejemplo.

(5)

- Permite el conocimiento de los errores permitidos y sus causas; además, de la corrección de ellos para obtener mejores rendimientos.
- Otorga la posibilidad de actuar con rapidez sobre aquellas causas que dicen relación con la organización del trabajo de enfermería.
- Los enfermos adquieren una conciencia informada respecto a al responsabilidad que les cabe en los resultados obtenidos.
- Influye favorablemente en el perfeccionamiento de las historias clínicas, lo que redundará en una mejoría de las auditorias.

#### **4.10 TIPOS DE AUDITORIA**

**4.10.1 Auditoria retrospectiva:** Se relaciona con eventos pasados revisando los registros de las enfermeras con el fin de evaluar la

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 21.

competencia o el rendimiento actualmente denominado Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (6)

**4.10.2 Auditoria concurrente:** Se relaciona con prácticas actuales revisando críticamente la documentación registrada. (6)

**4.10.3 Evaluación de la calidad del cuidado:** Se evalúa la calidad del cuidado de enfermería teniendo encuentra tres componentes: (6)

- a) Estructura: valoración de calidad de los medios.
- b) Procesos: Valoración de la calidad de los métodos de proceso.
- c) Resultados: Análisis de la calidad del producto, resultado.

#### **4.11 FASES EN EL PROCESO DE LA AUDITORIA**

El proceso de la auditoria comprende 3 fases, las cuales comprenden: El planeamiento, la ejecución y la elaboración del informe.

**a) La fase del planeamiento,** determina, entre otros aspectos, los objetivos y alcance de la auditoria, las áreas a examinarse y el potencial humano necesario para su ejecución; y debe ser elaborado por el auditor encargado. Esta fase se concreta con la elaboración de un Plan de auditoria.

**b) La fase ejecución de la auditoria** debe estar focalizada, básicamente, en la obtención de evidencias suficientes, competentes, relevantes y pertinentes sobre los asuntos más importantes (áreas de auditoria) aprobados en el plan de auditoria.

Una de las actividades más importantes de la fase de ejecución, es el desarrollo de **hallazgos de auditoria**. Usualmente, se utiliza en un sentido

---

6 Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4ta. Edición. Perú: Julio 2008; pp 87.

crítico, dado que se refiere a deficiencias o no conformidades que son presentadas en el informe de auditoría.(5)

En base a la evidencia de auditoría reunida y a través de la evaluación de las opiniones vertidas por los responsables de la entidad prestadora de servicios de salud, el auditor puede arribar a conclusiones concretas sobre las deficiencias o no conformidades identificadas durante la fase de ejecución.

Las observaciones y conclusiones, deben estar acompañadas de recomendaciones para los gerentes o directores<sup>1</sup> a cargo de la entidad prestadora de servicios de salud examinada, a fin de corregir las deficiencias o no conformidades identificadas y evitar en el futuro su repetición. (5)

**c) La fase elaboración del Informe,** el equipo de auditoría comunica a los funcionarios de la entidad auditada los resultados obtenidos durante la fase de ejecución.

El informe de auditoría es el producto final del trabajo del auditor en salud, en la cual presenta sus observaciones, conclusiones, y recomendaciones. El informe de auditoría debe contener la expresión de juicios fundamentados en las evidencias obtenidas.

Las características del informe de auditoría son: significación; utilidad y oportunidad; exactitud; beneficios de la información sustentatoria; calidad de convincente; objetividad y perspectiva; concisión; claridad y simplicidad; tono constructivo; organización de los contenidos del informe; positivismo. (5)

#### **4.12 ELEMENTOS DEL HALLAZGO DE AUDITORIA**

Son los siguientes:

**a) Condición.** Comprende la situación actual encontrada por el auditor al examinar un área. La condición, entendida como lo que es, refleja la manera en que el criterio esta siendo logrado.

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú, p 21.

Las evidencias de auditoría deben ser suficientes como para evidenciar si la “condición” se encuentra muy difundida y es probable que vuelva a ocurrir. En tal caso, el auditor debe recomendar que la propia entidad prestadora de servicios de salud adopte las acciones correctivas correspondientes para establecer la dimensión total de la deficiencia; después de lo cual la labor de auditoría consistirá en verificar en forma sucesiva si los esfuerzos desarrollados han corregido los errores y eliminado las deficiencias en forma apropiada.

- b) Criterio.** Comprende la norma con la cual el auditor mide la condición. Es también la meta que la entidad prestadora de servicios de salud está tratando de alcanzar o presenta la unidad de medida que permite la evaluación de la condición actual. Igualmente, se denomina criterio a la norma transgredida de carácter legal – operativo o de control, que regula el accionar de la entidad prestadora de servicios de salud examina o en su más amplio sentido, debe ser entendido como la situación que debe ser.

El auditor tiene la responsabilidad de seleccionar criterios que sean razonables, factibles y aplicables a las cuestiones sometidas a examen.

El desarrollo del criterio en la presentación de la observación debe citar específicamente la normativa pertinente y el texto aplicable. Los criterios pueden ser los siguientes:

Leyes, reglamentos, políticas internas, planes: objetivos y metas mensuales, normas, manuales de organizaciones y funciones, directivas, procedimientos, protocolos, guías clínicas, guías metodológicas de enfermería.

- c) Causa.** Representa la razón básica por la cual ocurrió la condición, o también el motivo del incumplimiento del criterio o norma. La simple expresión en el informe de que el problema existe, porque alguien no cumplió apropiadamente con las normas, no es suficiente para convencer

al usuario del informe. Su identificación requiere de la habilidad y el buen juicio del auditor y, es indispensable para el desarrollo de una recomendación constructiva que prevenga la resurrección de la condición.

Puesto que pueden surgir problemas debido a una serie de factores, la recomendación será más persuasiva si el auditor puede demostrar y explicar con evidencia y razonamiento, la conexión entre los problemas y el factor o factores identificados como causas.

- d) Efecto.** Constituye el resultado adverso o potencial de la condición encontrada. Generalmente, representa la pérdida en términos monetarios originada por el incumplimiento en el logro de la meta. La identificación del efecto es un factor importante del auditor, por cuanto le permite persuadir a la gerencia acerca de la necesidad de adoptar una acción correctiva oportuna para alcanzar el criterio o la meta. (5)

#### **4.13 COMUNICACIÓN DE HALLAZGOS DE AUDITORIA.**

La comunicación de hallazgos de auditoria es el proceso mediante el cual, el auditor encargado una vez evidenciados estos, cumple en forma inmediata con darlos a conocer a los gerentes y directores y servidores de la entidad prestadora de servicios de salud examinada, a fin de que en plazo previamente fijado, presenten sus comentarios o aclaraciones debidamente documentados, para su evaluación oportuna y consideración en el informe. Su propósito es proporcionar información útil y oportuna, tanto oral, como escrita, en torno a asuntos importantes que posibiliten recomendar, en su momento, la necesidad de efectuar mejoras en las actividades y operaciones de las entidades. (5)

---

5. Universidad Alas Peruanas, Centro de educación continua convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú: p 30, 36 – 38, 39.

#### **4.14 METODOLOGIA DE LA AUDITORIA**

- Revisión de historias clínicas.
- Análisis de datos de los servicios recogidos rutinariamente.
- Auditorias basada en criterios de asistencia-Comparación c/ estándares.
- Revisión por pares.
- Screening de acontecimientos adversos al paciente. (5)

### **V. OBJETIVOS**

#### **5.1 OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la calidad de los registros de enfermería, concientizando en el profesional, la necesidad de elaborar registros y procesos confiables dentro del marco legal.

#### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.- Promover en los profesionales de enfermería actitudes de cambio y compromiso para la búsqueda de excelencia en la práctica profesional socializando falencias en cuanto al correcto llenado de los registros de enfermería.
- 2.- Profundizar los conocimientos y aplicación de las normas internacionales a través del seminario taller con la participación del personal de enfermería en una elaboración conjunta de normas institucionales para el correcto llenado de los registros de enfermería.
- 3.- Lograr una optima utilización y correcto llenado de los registros de enfermería a los profesionales de enfermería capacitándoles mediante un seminario –taller.
- 4.- Proponer una estrategia para el control posterior de los registros de enfermería mediante la formación de un comité de auditoría de enfermería. Adoptar medidas correctivas, con el personal que

incumple reiteradamente con las normas, mediante el seguimiento, monitoreo y capacitación.

## **VI. DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

Por los resultados encontrados en la investigación para dar solución a los problemas encontrados se propone:

- a. Implementar en el plan de educación continua normas internacionales del manejo de registros de enfermería. Mediante un “seminario-Taller del Llenado correcto de los registros de Enfermería”, para mejorar el desempeño de la profesional y se brinda una atención de calidad.
- b. Establecer normas institucionales del manejo de cada uno de los registros de enfermería, enfocando el llenado correcto de cada uno de ellos de acuerdo a las normas establecidas respaldadas por la literatura.
- c. Proponer la formación de un comité de auditoría y calidad en el hospital, constituido por una enfermera auditora y profesionales de enfermería de cada servicio o unidad, capacitados y formados en el área de auditoría.
- d. Se propone la Auditoría de los registros de enfermería en cada Servicio, de manera semestral a partir del 2011 con la finalidad se que la mala práctica no sea parte del desarrollo profesional de Enfermería.



## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **a. Unidad de Intervención:**

En el hospital Seguro Social Universitario La Paz; en el área de pediatría.

### **b. Etapas de intervención :**

- Búsqueda bibliográfica de normas internacionales de correcto llenado de los registros de enfermería.
- Convocar a un Seminario-Taller de llenado correcto de los registros de enfermería y auditoria de los mismos” previa autorización y respaldo de la jefatura de enfermería a cargo de la Lic. Sonia Apaza Rocha, en la cual se dará a conocer las normas internacionales, a todo el personal de enfermería.
- El seminario-taller se desarrollara en forma grupal. Estos ejercicios permitirán la confrontación de la teoría con los inconvenientes de su utilización en la práctica. Todos los temas se tratan dentro de un esquema altamente participativo donde las conferencias inician el tema, los ejercicios lo refuerzan, y la discusión de ejercicios permite asimilar completamente la teoría impartida.
- En el contenido del taller incluirá los siguientes temas
  - Calidad en atención en salud.
  - Registros de enfermería
  - Finalidad de los registros de enfermería
  - Importancia de los registros.

- Utilidad de los registros de enfermería
- Registros documentados en salud
- Normas de la **JCAHO** establece para la documentación de enfermería.
- Herramientas de registro en enfermería
- Proceso de atención de enfermería
- Etapas del proceso de atención de enfermería
- Importancia de los diagnósticos de enfermería
- SOAPIE
- Tipos de registros de enfermería
- Registros de instrumentos técnico administrativos del personal de enfermería
- Expediente clínico
- Componentes del expediente clínico
- Kárdex
- Hoja de enfermería
- Normas para los registros de enfermería
- Aquello que no se debe anotar
- Auditoria de los registros de enfermería

### **c) Etapa de implementación**

- Se dejara en material de lectura las normas internacionales encontradas en la literatura las cuales se encuentran a continuación.
- Del seminario taller se establecerá las normas institucionales para el correcto llenado de los registros de enfermería que posteriormente deberá ser difundida y aplicada.

**SEMINARIO TALLER "CORRECTO LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA"  
PRIMERA SESION**

HORA	TEMA	OBJETIVO	METODO	FACILITADOR
08:00 -10:00	Resultados del trabajo de investigación "Calidad de los registros de enfermería en el H.S.S.U area de pediatria"	Conocer la calidad de los registros de enfermería en el H:S.S.U.	Data show	Lic. Claudia Quispe
10:00 - 12:00	Calidad de atención en salud.	Implementar conocimientos en el personal de enfermería	Data-show	Lic Palmira Maldonado
14:00- 16:00	Registros de enfermería : Finalidad importancia utilidad de los registros de enfermería .	Implementar conocimientos en el personal de enfermería	Data show	Lic. Sonia Apaza
16:00- 18:00	Registros documentados en salud. Normas Herramientas de registros de enfermería	Implementar conocimientos en el personal de enfermería	Data-show	Lic .Claudia Quispe

**SEMINARIO TALLER "CORRECTO LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA"**  
**Segunda sesion**

HORA	TEMA	OBJETIVO	METODO	FACILITADOR
08:00-10:00	P.A.E. Etapas Importancia del diagnostico de enfermería	Recuperar conocimientos del personal de enfermería	Data-show	Lic. Maldonado
10:00 -12:00	SOAPIE	Reforzar conocimientos en el personal de enfermería	Test de evaluación Data-show	Lic. Apaza
14:00-16:00	Registros de enfermería Tipos de registros Expediente clínico Kardex Hoja de enfermería	Reforzar conocimientos en el personal de enfermería	Data-show	Lic .Vidaurre
16:00-18:00	Normas para los registros de enfermería. Auditoria de los registros de enfermería	Implementar un comité de auditoria de enfermería	Data- show	Lic. Claudia Quispe

**SEMINARIO TALLER "CORRECTO LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA"  
TERCERA SESION**

HORA	TEMA	OBJETIVO	METODO	FACILITADOR
08:00 -11:00	Mesa redonda	Intercambio de ideas. Implentar normas de la institucion para el correcto llenado de los registros de enfermería formar comité de auditoria de enfermería	papelografo	Lic. Apaza Lic. Maldonado Lic. Quispe Lic. Vidaurre
11:00-12:00	refrigerio final			

---

**LINEAMIENTO PARA ELABORAR LOS REGISTROS  
CLINICOS DE ENFERMERÍA**

**P 1**

**Normas internacionales que se deben cumplir para realizar los registros  
clínicos de enfermería**

<b>Los registros clínicos de enfermería deben ser :</b>	<p>1.-Debe ser objetiva, el registro debe contener información descriptiva, es decir lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente y huele.</p> <p>2.- No usar, bueno adecuado regular o malo: ya que son sometidas a interpretación que difiere de persona a persona, tampoco usar deducciones.</p> <p>3.- Debe ser subjetiva, el registro debe contener información obtenida del interrogatorio y que sólo es apreciado por la persona o la paciente.</p> <p>4.- Debe ser fiable: la información debe ser exacta para ser fiable ej.:”herida abdominal de 6 cm. De longitud sin enrojecimiento” es más exacta y descriptiva.</p> <p>5.-No utilizar abreviaturas o símbolos, ya que confunden.</p> <p>6.-Usar ortografía correcta y letra legible: una ortografía correcta, aumenta la exactitud de la documentación, de igual manera una letra legible ayuda a conocer la información, se recomienda usar letra de imprenta cuando no es legible.</p> <p>7.-Debe incluir observaciones de otros cuidadores, hechas por otros profesionales Ej. “apósitos quirúrgicos retirado, por el Dr. Henry Ramos”.</p>
---	---

**Normas internacionales que se deben cumplir para realizar los registros  
clínicos de enfermería**

**Los registros**

**clínicos de  
enfermería  
deben ser :**

8.-Debe terminar el registro con la firma y sello, así como el N° del colegio profesional: la firma de la enfermera debe ser completa como figura en su carnet de identidad.

9.-Debe ser concisa, la información debe ser, breve, evitar palabras innecesarias.

10.- Debe ser actualizada: la información debe ser actual y que corresponda al turno del día registrado. Los siguientes datos deben ser siempre actuales:

- Signos vitales.
- Administración de medicamentos y tratamientos.
- Preparación para pruebas, diagnósticos o cirugía.
- Admisión, traslado, alta o fallecimiento.
- Tratamiento de emergencia.

11. Debe estar bien ordenado: la información debe seguir un orden, las notas desordenadas no ayudan, confunden. Para ello se ha establecido



**Normas internacionales que se deben cumplir para realizar los registros  
clínicos de enfermería**

<b>Los registros clínicos de enfermería deben ser :</b>	<b>S=</b> Subjetivo
	<b>O=</b> Objetivo
	<b>A=</b> Análisis o diagnóstico
	<b>P=</b> Plan u objetivo del plan
	<b>I =</b> Intervención
	<b>E=</b> Evaluación o resultado esperado.

12.-Debe ser confidencial: La información no debe ser revelada a otros pacientes o personas no implicadas en la atención, la confidencia está respaldada legal y éticamente.

13.- Anotar con tinta azul o negro para turnos de mañana y tarde y tinta roja para turnos de noche: las observaciones hechas al paciente por la enfermera durante la noche son de gran importancia para las decisiones del equipo sanitario respecto al estado de salud del paciente.

14.- No usar borrador, ni liquido corrector porque es observado legalmente

15.- Tachar o poner entre paréntesis no valido y firmar al costado en el caso de equivocación.

16.- No dejar un espacio entre un registro y otro porque puede ser llenado sin corresponder.

**d) Evaluación:**

La evaluación al personal de enfermería asistente al “Taller de llenado correcto de los registros de enfermería”, realizara en la modalidad siguiente:

- Se evaluara el estado de conocimiento del personal mediante un test de entrada (anexo) con preguntas sobre el llenado correcto de los registros de enfermería, para ser resueltas.
- Un segundo test, a la finalización del taller con las mismas preguntas
- La asistencia será obligatoria.

**VIII. .CRONOGRAMA ANEXO 4**

**IX. PRESUPUESTO**

- Personal encargado de la organización del taller.
- Material Audio – visual (computadora portátil, data display, equipo de amplificación)
- Papelería (Test inicial y test final)
- Refrigerio al personal asistente.
- Material bibliográfico.
- Impresión del informe final.
- Difusión de los resultados.

## X. BIBLIOGRAFIA

1. Téllez S. Resultados comparativos de la evaluación de los registros clínicos de enfermería a través de la aplicación del método de enfermería. [internet]. 2010 [acceso 20 de junio de 2010]. Disponible en [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/cartel\\_metodos\\_enf.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/bol08/cartel_metodos_enf.pdf)
2. Aranda M, Doria C. Registros estandarizados para la calidad de información en la toma de decisiones en enfermería Hospital Almenara. [Internet]. 2007, [Acceso 20 de Junio 2010]. Disponible en <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/35-39.pdf>
3. Chaparro S, García D. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. [Internet]. 2003, [Acceso 20 de Junio de 2010]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm>
4. Gonzales C. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona no. 32 Villa Coapa , [Internet]. 2009 Marzo- Abril , [Acceso el 20 de Junio de 2010]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria.html>
5. Universidad Alas Peruanas. Centro de educación continúa convenio Edexpro SAC. Reingeniería de los Registros y Auditoría Moderna del Cuidado de Enfermería. Lima – Perú. T I; pp. 15 – 17, 26 – 29. T II 15 – 17; tomo III 22, 23, 26, 34 – 38, 43, 44,

6. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4 Ed. Perú. Julio 2008; pp. 9, 33 – 36, 45, 73, 87, 119 – 124.
7. Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud. Desarrollo de Sistemas normalizados de información de enfermería. Washington, DC.OPS, OMS, 2001; pp. 19, 21, 22, 24.
8. Luna Orosco J, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Manual de Auditoría en salud y norma técnica”. La paz – Bolivia 2008; pp. 37, 44, 73.
9. Simposio Permanente sobre la Universidad. Quinto seminario General 1990 -1992 ASCUN. Primera unidad. Conferencia IX. El Seminario Investigativo.
10. García S, Navío A, Valentín L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. [Internet]. 2007, [Acceso el 20 Junio de 2010]. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF\\_protocolo28.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf)
11. Canales F. Metodología de la investigación, manuales para el desarrollo de la salud, 1ra Edición. México, editorial Fimusa S.A. 1996; pp. 22 – 27, 42.
11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Lucio P, Metodología de la investigación, 4 ed., México D.F. Interamericana 2006; pp. 5, 14 – 20, 159, 307.
13. Sota Mercado A, Silva Cabrera Y. Ministerio de Salud y Deportes. Curso Gestión de Calidad; pp. 8 – 10.

14. Pola Maceda A. Y las auditorias de calidad, ISO 9000 Manual de trabajo y diagnostico gestión y planificación integral, España, editorial Barcelona 2007; pp. 12, 14 – 17.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

CRONOGRAMA I										
AÑO 2009										
Nº	FASES	Mayo	Junio	julio	agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
1	Problema de investigacion	XX								
2	Elaboracion del diseño	X								
3	Presentacion de Perfil de Investigacion		XXXX							
4	Revision bibliografica			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX			
5	Tramites institucionales							XXXX		
6	Presentacion de protocolo								X	
7	Recoleccion de datos								X	
8	Proceso de analisis de datos								XX	
9	Presentacion final									XX

**ANEXO 2**  
HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO ÁREA PEDIATRÍA  
INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR DATOS.\*  
CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DE ENERO A JUNIO DEL  
2009  
LA PAZ BOLIVIA

**1.- Datos obtenidos del kárdex**

1.1 ¿El kárdex cuenta con los datos generales del paciente?

Cumple ( )

No cumple ( )

1.2 ¿Se encuentran actualizadas las indicaciones médicas?

Cumple ( )

No cumple ( )

1.3 ¿La transcripción de kárdex se encuentra sin alteraciones?

Cumple ( )

No cumple ( )

1.4 ¿Se encuentra en el kárdex el diagnóstico de enfermería?

Cumple ( )

No cumple ( )

1.5 ¿Se encuentra en el kárdex las intervenciones de enfermería NIC?

Cumple ( )

No cumple ( )

1.6 ¿Se encuentran en el kárdex los resultados de enfermería NOC?

Cumple ( )

No cumple ( )

- 
- Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para aplicar Proceso de Enfermería. 4 Ed. Perú. Julio 2008; pp. 122 – 124.
  - Elaboración de la autora de acuerdo a las normas internacionales para el registro de enfermería recopilada de bibliografía consultada citadas en pp. 32 – 34 del presente trabajo.



## 2.- Datos obtenidos de la hoja de enfermería

2.1 ¿La hoja de enfermería cuenta con los datos generales del paciente?

Ejecuta ( )

No ejecuta ( )

2.2 ¿El reporte de enfermería deja espacio entre uno y otro registro?

Cumple ( )

No cumple ( )<sup>1</sup>

2.3 ¿El registro de enfermería se encuentra de acuerdo al SOAPIE?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.4 ¿Se utiliza el color correspondiente en cada turno?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.5 ¿el reporte de enfermería cuenta con sello y firma de la persona responsable?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.6 ¿En el reporte de enfermería se encuentran registrados procedimientos de otros profesionales?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.7 ¿El reporte de enfermería se encuentra con correcta ortografía y letra legible?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.8 ¿El reporte de enfermería se encuentra con borrones o la utilización de correctores?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.9 ¿La información del reporte de enfermería es breve y concisa?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.10 ¿La información que se registra es correspondiente al turno?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.11 ¿La información del reporte de enfermería es fiable?

Cumple ( )

No cumple ( )

2.12 ¿En el reporte de enfermería se utilizan abreviaturas?

Cumple ( )

No cumple ( )

---

• Elaboracion propia de acuerdo a las normas internacionales para el registro de enfermería.

# **ANEXOS PROPUESTA DE INTERVENCION**

## ANEXO 4

<b>CRONOGRAMA II</b>					
<b>AÑO 2010</b>					
<b>Nº</b>	<b>FASES</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>
1	Búsqueda bibliográfica de normas de correcto llenado de los registros de enfermería.	<b>XXXX</b>			
2	Elaboración de texto con contenido de las Normas internacionales del correcto llenado de los registros de enfermería.		<b>XXXX</b>		
3	Entrevista con le jefe de enfermeras Lic Vidaurre		<b>XXXX</b>		
4	Presentación de propuesta de taller “Taller de llenado correcto de los registros de enfermería”			<b>XXXX</b>	
5	Convocatoria a personal de enfermeria al taller .			<b>XXXX</b>	
6	Taller de llenado correcto de los registros de enfermeria				<b>XXXX</b>

**ANEXO 5**

**Hospital Seguro Social Universitario**

Test de "Taller de normas para el correcto llenado de registros de enfermería"

Nombres y apellidos.....

Cargo.....

**I. Responda a las siguientes preguntas en forma breve y concisa.**

1.- Cite las normas de conoce para el correcto llenado de los registros de enfermería que recuerde.

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

2.- ¿Que significa SOAPIE?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

3.- ¿Cuales son las etapas del PAE?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**II. Realice el Diagnostico de enfermería y a continuación el reporte de enfermería de acuerdo a los siguientes datos.**

Niño de 3 años de edad, sexo masculino, acompañado con la madre, quien refiere que el menor presento 5 deposiciones desde hace 24 aproximadamente, de características liquidas amarillentas, fétidas, con presencia de moco y “decaimiento general de salud”, acompañada de vómitos alimenticios; al examen físico, orientado en persona, tiempo y espacio; piel y mucosas deshidratadas, signo del pliegue mayor a dos segundos, ojos hundidos, Temperatura oral de 39°C, malestar general, inquieto irritable, cardiopulmonar sin particularidades, abdomen, ruidos hidroaereos aumentados, blando depresible, doloroso a la palpación profunda, resto del examen sin particularidades.

**Diagnostico medico:** Enfermedad Diarreica Aguda con deshidratación

**Diagnostico de enfermería:**

Fecha	Hora	Actividad	Descripción	Firma