

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO**



=====
**CALIDAD DE UN REGISTRO MODELO FRENTE AL
REGISTRO TRADICIONAL DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN EI SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**
=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO
EN ENFERMERIA**

**MENCION EN INVESTIGACION Y PROYECTOS DE
SALUD**

TESISTA: YESENIA DEIFILIA RETAMOZO SIANCAS

ASESORA: DRA. VERONICA CAJAS BRAVO

HUANUCO - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, a quienes admiro mucho por
esa fortaleza que tienen, que me inspira
a trazarme y lograr nuevos retos.

AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Hermilio Valdizan, por haberme dado la oportunidad de ampliar mis conocimientos y optar el grado de Doctor.
- A mi asesora Doctora verónica cajas bravo por su apoyo en la culminación de mi tesis.
- A mis colegas del Servicio de Emergencia del Instituto Nacional del Niño por su apoyo brindado para realizar la investigación.

RESUMEN

El presente estudio nace de la problemática existente en los registros de enfermería respecto a la calidad de la información. Se realizó en el servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño en el periodo de agosto – diciembre del 2016, Con el objetivo de determinar la calidad de un “registro modelo” y “registro tradicional” del cuidado de enfermería. Formulando el siguiente planteamiento ¿Cuál es la calidad del “registro modelo” en comparación con el “registro tradicional” del cuidado de enfermería? Para lo cual se elaboró un registro con los requisitos en cuanto a forma y contenido “registro modelo”

Es de tipo cuantitativo cuasi experimental, se aplicó la técnica de observación estructurada mediante lista de cotejo con escala de estimación. La muestra se seleccionó mediante el cálculo para comparación de proporciones de grupos emparejados.

Los resultados muestran que el registro modelo favorece la calidad de la información ya que cumple con los requisitos del proceso de atención de enfermería y el SOAPIE ya que en lo que se refiere a **Calidad del Registro Modelo frente al Registro Tradicional Total General:** el “registro modelo” alcanza un 6 satisfactorio %, en registros por mejorar 75% y 19% deficiente, mientras que el registro tradicional muestra 0% satisfactorio, en registros por mejorar 28% y deficiente 72%. En **Características del Proceso de Atención de Enfermería** los resultados son favorables para el registro modelo ya que en la etapa de **Valoración de Enfermería** evidencia por mejorar con 45%, mientras que el tradicional obtuvo un 97% deficiente. En el **Diagnóstico de Enfermería** el registro modelo logro un 53% en satisfactorio frente al registro

tradicional con solo 17%. En cuanto a **Plan de Cuidados** fue satisfactoria 26% en comparación del registro tradicional que obtuvo un 3%. En **intervención** el registro modelo obtuvo el 31% satisfactorio mientras que el registro tradicional 28%. Finalmente en la etapa de **Evaluación de Enfermería** el registro modelo en la calificación satisfactorio obtuvo un 57% a diferencia del registro tradicional con un 13%.

PALABRAS CLAVES: REGISTRO, ENFERMERIA.

SUMMARY

The present study is born from the problematic existing in the registers of nursing with respect to the quality of the information. It was performed in the Emergency Service of the National Institute of Child Health in the period of August - December 2016, with the objective of determining the quality of a "model registry" and "traditional registry" of nursing care. Formulating the following approach What is the quality of the "model registry" compared to the "traditional registry" of nursing care? For which a record was prepared with the requirements as to form and content "template record" It is a quantitative quasi experimental type, and the structured observation technique was applied through a checklist with an estimation scale. The sample was selected by calculation for comparison of proportions of paired groups.

The results show that the model registry favors the quality of the information since it meets the requirements of the nursing care process and the SOAPIE since in terms of Quality of the Model Registry versus the General Total Traditional Registry: Model "reaches a satisfactory 6%, in registrations to improve 75% and 19% deficient, while the traditional register shows 0% satisfactory, in registers to improve 28% and deficient 72%. In Characteristics of the Process of Nursing Care the results are favorable for the model registry since in the Nursing Assessment stage evidence for improvement with 45%, while the traditional one was 97% deficient. In the Nursing Diagnosis the model registry achieved a satisfactory 53% compared to the traditional registry with only 17%. As for Care Plan was 26% satisfactory compared to the traditional

registry that obtained 3%. In intervention the model record obtained 31% satisfactory while the traditional record 28%. Finally, in the Nursing Evaluation stage, the model registry in the satisfactory qualification obtained 57%, unlike the traditional registry with 13%.

KEYWORDS: REGISTRATION, NURSING

INDICE

	Pág.
• EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN (CAPÍTULO I)	1
a) Descripción del problema	1
b) Formulación del problema	4
c) Objetivo General y objetivos específicos	5
d) Hipótesis	5
e) Variables	5
f) Justificación e importancia.....	9
g) Viabilidad	10
h) Limitaciones	10
• FUNDAMENTACION TEORICA (CAPÍTULO II)	12
a) Antecedentes	12
b) Bases teóricas	17
• MARCO METODOLOGICO (CAPÍTULO III)	45
a) Tipo de investigación	45
b) Diseño y esquema de la investigación	45
c) Población y muestra.....	45

d) Instrumentos de recolección de datos.....	47
e) Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	48
• RESULTADOS (CAPÍTULO IV)	51
• DISCUSION DE RESULTADOS (CAPÍTULO V)	103
• CONCLUSIONES	110
• SUGERENCIAS	115
• BIBLIOGRAFÍA	116
• ANEXOS	121

I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

En el presente capítulo se muestra las directrices y componentes fundamentales de la investigación que resultan claves para la comprensión de los resultados de la presente investigación, siendo el siguiente:

a) Descripción Del Problema.

Desde el punto de vista histórico las enfermeras vienen siendo objeto de opiniones, unas veces favorables y otras desfavorables precisamente un cuestionamiento es en los registros de su cuidado y dentro de ellas las anotaciones de enfermería en las historias clínicas en el sentido que a pesar de que éstos han aumentado con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

La crítica se circunscribe en torno tanto en la forma como en el contenido, ya que la información registrada sobre los cuidados y observaciones pareciera que es repetitiva y carente de significado; es decir no se estaría registrando información realmente necesaria y precisa que refleje en su totalidad la intervención de enfermería, además con mucha frecuencia estarían quedando sin anotar importantes observaciones.

Es así que las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y llevan un tiempo, y el formato que generalmente se utiliza es la narración. Sin embargo, los registros exclusivamente narrativos producen notas de las

cuales resulta difícil extraer información, motivo, quizás, por el que pocos profesionales de salud leen las anotaciones de enfermería.¹

Existe poca confiabilidad en las anotaciones de enfermería, por tanto enfermeras, médicos y demás miembros del equipo de salud se han visto obligados a fiarse de la comunicación oral con las enfermeras para informarse del estado del paciente y para transmitir las partes, datos significativos y órdenes de enfermería. ¿Será que no se ha examinado seriamente lo que realmente hace falta en los registros?

Por lo que las anotaciones de enfermería requieren ser innovadas, a partir de la reflexión sobre sus competencias personales, así también en las condiciones organizacionales que ofrece la institución. En este escenario urge explorar cuestiones como: ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido de las anotaciones de enfermería?

También es motivo de interrogación si ante un caso de problema legal las anotaciones de enfermería nos protegen legalmente, si se sabe que éstas son parte de la historia clínica del paciente como un documento médico legal, y que en casos de litigio es una prueba documental ¿qué información tienen las enfermeras, sobre qué representa la prueba de sus actos en el cuidado del paciente, si se ven envueltas en problemas legales?.

¹ CARPENITO, L.J. Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana Mc-Graw Hill. España; 2002.

Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad y labor asistencial de enfermería referente al paciente su tratamiento y su evolución, son fundamentales para: el desarrollo de la enfermera, calidad de información y la historia clínica, lo que conlleva a repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, permitiendo garantizar la continuidad y calidad de la atención de enfermería durante todas las etapas del proceso de enfermería.

El Instituto Nacional de Salud del Niño al ser una unidad de referencia a nivel nacional concentra una gran demanda de pacientes. Al servicio de Emergencia acuden pacientes pediátricos de una alta complejidad y diversidad de patologías no dejando tiempo al personal de enfermería para redactar un adecuado informe de las actividades realizadas con el paciente y una adecuada calidad en los cuidados al paciente en la atención directa. Lo que nos lleva a preguntarnos ¿Cuál es calidad de la información registrada en este registro tradicional?

El uso de registros informatizados que parten de formatos ya establecidos serán un estándar en las instituciones de salud ya ha quedado demostrado que la calidad clínica mejora al tener de forma más rápida y sencilla acceso a información clínica relevante en el momento de estar en contacto con el paciente. A su vez, un registro clínico organizado digitalmente brinda la posibilidad de realizar un monitoreo y análisis de los controles y resultados en el tratamiento de los pacientes, permitiendo

identificar más rápido aquellos cuyos resultados están fuera de lo esperado y necesitan ser intervenidos. En nuestro país la mayoría de las instituciones de salud del estado aún no cuentan con estos registros informatizados, existe la tendencia de crear registros con formatos que faciliten a la enfermera y al personal de salud llenar información completa y relevante del paciente, respecto a su situación de salud, tratamiento, etc.; en el menor tiempo posible favoreciendo que se dedique más tiempo al cuidado del paciente. Pero no hay suficiente información respecto a la calidad de la información registrada. Por lo que nos planteamos la interrogante ¿Cuál es calidad de la información registrada en estos registros?

b) Formulación Del Problema.

Problema general

Por lo expuesto planteamos la siguiente pregunta ¿Cuál es la calidad del “registro modelo” en comparación con el “registro tradicional” del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño?

Problemas específicos

- ¿Cuál es calidad de la información registrada en este registro tradicional?
- ¿Cuál es calidad de la información registrada en este registro modelo?

c) Objetivos.**General:**

- Determinar la calidad de un “registro modelo” frente al “registro tradicional” del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del INSN.

Específicos:

- Identificar la calidad de un Registro “modelo” del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia.
- Identificar la calidad del Registro tradicional del cuidado de enfermería en el servicio de Emergencia.
- Comparar la calidad entre un Registro “modelo” del cuidado de enfermería y el Registro “tradicional” en el servicio de Emergencia.

d) Hipótesis.

La calidad del registro “modelo” del cuidado de enfermería es satisfactoria en comparación con el registro tradicional.

e) Variables.**Variable independiente:**

- Registro tradicional
- Registro modelo (Anexo 2)

Variable dependiente:

- Calidad del registro

Operacionalización De Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Variable dependiente Calidad del registro	Se habla de calidad, en el registro de enfermería básicamente, cuando la documentación de información es completa y relevante respecto a: valoración, diagnóstico de enfermería, plan de cuidados, cuidados brindados, tratamiento médico administrado y evaluación de los cuidados, en el menor tiempo posible.	<u>Calidad del registro Para la enfermera</u> <u>Contenido de registro (SOAPIE)</u> 1. Valoración. 2. Diagnóstico de enfermería. 3. Plan de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad (hace de mi aplicación lo que es requerido) • Usabilidad (el registro es fácil de usar para el usuario final) • Confiabilidad (responde mi aplicación aceptablemente, la aplicación se comporta de forma consistente y predecible) • Satisfacción (rendimiento de la aplicación ,cumple con las expectativas) • Efectividad(el grado en que el registro produjo el efecto deseado) • Eficiencia(grado en que el modelo propuesto alcanza los objetivos propuestos) • Tiempo (duración ,tiempo para la enfermera en el llenado del registro de enfermería, comparaciones internas • Significancia de datos. • Visión integral del paciente • Datos del aspecto físico • Datos del aspecto emocional • Datos del aspecto socio cultural • Datos del aspecto espiritual • Comunica problemas del paciente • Orienta el cuidado de enfermería • Aporta mayor claridad al sentido de la planificación • Desarrolla fundamento científico. • Permite juzgar la urgencia de las necesidades y la importancia de los problemas. • Guarda relación con los diagnósticos de enfermería.

<p>Variable independiente</p> <p>Registro tradicional</p> <p>Registro modelo</p>	<p>Tanto el registro modelo como el registro tradicional tienen formatos establecidos.</p>	<p>4. Ejecución del plan de cuidados</p> <p>5. Evaluación de los cuidados.</p> <p><u>Registro tradicional:</u> Formato establecido por la institución</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información completa de la ejecución del plan de cuidados de enfermería. • Tratamiento médico administrado: Informe de las medidas terapéuticas realizadas, indicadas por el médico. • Efectivización de exámenes complementarios, etc. • Garantiza la continuidad del cuidado. • Desarrolla estrategias para reforzar respuestas saludables. • Reducir y/o corregir respuestas no saludables del paciente y familia. • Identifica respuesta de paciente frente a los cuidados brindados y terapéutica médica. • Identificar cambios necesarios en el plan de cuidados. <p>Descripción de Registro del cuidado de Enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título inferior (Notas de Enfermería) • Datos de identificación del paciente (Nombre y apellidos del paciente) • N° de cama y Servicio. • Los datos se registran narrativamente colocando fecha y horario. • Firma y sello de la enfermera al final del turno. <p>Descripción del registro modelo (Informe de Enfermería) <u>De forma:</u> Costa de dos hojas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La primera hoja tiene recuadros para monitoreo por horario, para evaluación por turno y en algunos casos para evaluación una sola vez en el día, con datos importantes que solo requieren colocar si o
---	--	---	--

		<p><u>Registro modelo:</u> Formato modificado</p>	<p>no presenta esa característica y en otros casos consignar el valor. Al final de la hoja se coloca firma y sello de la enfermera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La segunda hoja tiene espacios para colocar: diagnóstico de enfermería, plan de cuidados, Kardex de enfermería y evolución de enfermería. Al final de la hoja se coloca firma y sello de la enfermera. • Este formato es para uso diario (24 horas) <p><u>De contenido:</u> Hoja 1. Cara A. Datos Generales Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de signos vitales • Monitoreo neurológico • Monitoreo hemodinámico. • Monitoreo de balance hídrico. • Monitoreo Ventilatorio • Gráfica del niño para marcar lugar de dispositivos invasivos y lugar de lesiones físicas. • Cuadro para ubicar fecha de colocación de dispositivos invasivos y fecha de suceso de lesión física. <p>Hoja 1. Cara B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Integral según patrones de respuesta humana: <ol style="list-style-type: none"> 1. Intercambio. 2. Comunicación. 3. Relación. 4. Valoración. 5. Movimiento. 6. Conocimiento. 7. Percepción 8. Elección. 9. Sentimiento.
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro para escala de dolor. • Cuadro para seguimiento de exámenes de laboratorio y complementarios. <p>HOJA 2. Cara A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de enfermería con sus respectivos objetivos. • Plan de cuidados. • Kardex de enfermería (acciones interdisciplinarias) <p>Hoja 2. Cara B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución de enfermería.
--	--	--	---

f) Justificación e importancia.

La práctica profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes a cargo y junto con la realización del correspondiente registro que evidencia la aplicación del proceso de enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado; adicionalmente el profesional realiza actividades de tipo administrativo que hacen parte de este mismo proceso. A partir del estudio se puede elaborar modelos de registros con los componentes mínimos de cada uno de los registros de enfermería.

La dificultad para realizar los registros de enfermería de manera manual y narrativa, sugiere que se deben formular propuestas tangibles de registros con esquemas que puedan informatizarse y así mejorar el uso del tiempo para el cuidado directo del paciente.

Los registros de la (el) enfermera(o) son de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades

propias del área, como para el paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte de la (el) enfermera (o), y finalmente para la institución prestadora de servicios porque hace parte de la calidad de atención y ofertada por los profesionales del equipo de salud en el que se encuentra laborando enfermería.

Por lo anteriormente expuesto decidimos realizar este estudio: **“Calidad de un registro modelo del cuidado de enfermería frente al registro tradicional en el servicio de emergencia del instituto nacional de salud del niño – 2016”** Con el fin de lograr tener un registro práctico y completo, brindando un cuidado de calidad y sobre todo mejorar el uso del tiempo para el cuidado directo del paciente contribuyendo así a la recuperación del niño. También se busca ser un precedente para estandarizar un modelo de registro de informe de enfermería, el cual deberá ser práctico y completo.

La importancia de este trabajo de investigación radica, en que contribuirá en la creación y perfeccionamiento de registros que evidencien el cuidado de enfermería, y su contribución independiente e interdisciplinaria en la recuperación de la salud del paciente, específicamente de los pacientes pediátricos en situación de emergencia.

f) Viabilidad.

Este estudio fue viable, por el fácil acceso en conseguir los datos de la historia clínica para ejecución de este estudio, así como el apoyo que se tuvo por parte de las enfermeras que laboran en el servicio de emergencia del INSN.

g) Limitaciones

Consistió básicamente en conseguir el consentimiento para cambiar el formato de registro de enfermería en la historia clínica por el tiempo que demora la investigación.

II. FUNDAMENTACION TEORICA

Se presenta la siguiente base teórica como respaldo científico del estudio, en la que se considera dos aspectos: los registros y la calidad, respecto al primero se trata la importancia, forma y contenido de los registros así como la base legal y al segundo definición, criterios y estándares de calidad.

a) Antecedentes.

Se han revisado estudios realizados anteriormente tanto en el Perú como en el extranjero y se han seleccionado los más afines al problema que se desea investigar.

MORENO CHÁVEZ, estudia las “Características de las anotaciones de enfermería e importancia que le conceden las enfermeras en la atención del paciente, concluyendo que”, las anotaciones son referidas al estado del paciente; sin embargo, éstas no permiten evaluar la situación del paciente, pues son poco significativas e incompletas, existiendo aparente contradicción con el hecho de que las enfermeras son conscientes de la importancia de las anotaciones para la identificación de problemas y su mejor tratamiento, Moreno Chávez no aclara el porqué de esta contradicción, ni el contexto conceptual de lo significativo o éste quede reducido a “importancia”.²

CAÑARI DE LA CRUZ aborda desde otra óptica el estudio, “El grado de conocimientos que tienen las enfermeras sobre anotaciones de enfermería y

² MORENO CHÁVEZ, “Características de las anotaciones de enfermería e importancia que le conceden las enfermeras en la atención del paciente¹” 1976

factores que limitan su elaboración, concluyendo que", el grado de conocimientos que poseen las enfermeras es de medio y bajo, situación que se refleja en la calidad de información registrada y de esta manera limita la continuidad de la atención y altera su valor legal. Entre los factores limitantes que encuentra están el número excesivo de pacientes y la escasa dotación de personal. ³

No obstante que los factores asociados a la elaboración son clarificado; es evidente que de este estudio emerge otra interrogante ¿Habría algo más que está influenciando en las anotaciones de enfermería aparte de lo mencionado por la investigadora y en que consiste o qué naturaleza tiene ese algo más?

FLORES MAMANI , al indagar "El cumplimiento de los requisitos y reglas de redacción de las anotaciones de enfermería, resalta que", en cuanto a los contenidos lo que más se registra son el cumplimiento de prescripciones médicas y lo que menos se registra son los diagnósticos de enfermería y en cuanto a la presentación lo que menos se cumple es la correcta caligrafía, y referente a reglas de redacción lo que menos se cumple es el considerar al proceso de atención de enfermería. Lo interesante de este estudio es que intenta centralizar el contenido y forma de las notas de enfermería con algunos criterios de elaboración entorno a la pregunta antigua ¿por qué las enfermeras están realizando anotaciones que no cumplen aparentemente con los requisitos para su elaboración?, ¿Qué otras dificultades tienen para

³ CAÑARI DE LA CRUZ "El grado de conocimientos que tienen las enfermeras sobre anotaciones de enfermería y factores que limitan su elaboración1995

plasmar el proceso de atención de enfermería en las notas que realiza?. Nuevamente en qué consisten o qué naturaleza tienen esas dificultades que aparentemente aún no hay respuestas plausibles. ⁴

En el Instituto Nacional de Cardiología IGNACIO CHÁVEZ .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.

ROSARIO GARCÍA, AMALIA TEJUCA, MERCEDES TEJUCA, ESTHER SÁLCES, CARMEN CARMONA y LUÍS FUENTES. “Registro para el cuidado del paciente renal”.. Tiene las siguientes conclusiones: Las hojas de registros son una herramienta que facilita la recogida de datos y por tanto ayuda en el

⁴ FLORES MAMANI “El cumplimiento de los requisitos y reglas de redacción de las anotaciones de enfermería 1996

trabajo diario de la enfermera nos permite desarrollar planes de cuidados individualizados y está disponible para todos los enfermeros de la Unidad.⁵

A través de la evaluación de los registros se mejora la calidad en los cuidados que aporta la enfermera. La creación de este nuevo modelo de registro ha hecho que al trabajo sea más fácil de realizar y mucho más rápido. Pensamos también que es mucho más fácil de entender y de ser aceptado por otras enfermeras ya que se planifica mejor el cuidado que aportamos a los pacientes. Mejora el intercambio de información sobre el paciente entre el personal de enfermería y promueve la continuidad de cuidados del paciente dentro y fuera de la Unidad de Nefrología. Aumenta la satisfacción en el trabajo diario de la enfermera.

ESTELA DOMIC. Investiga la “Importancia de los Registros de Enfermería” determinó que si existía una planificación de las fichas, es decir, si había un plan de atención de enfermería con el registro horario, si la atención de enfermería que se había planificado estaba revisada, etc. En total, se analizaron 35 variables por ficha. Se hizo un resumen de la manera de trabajar en áreas generales, con el fin de evaluar una vez más el resultado de las actividades destinadas a mejorar el servicio, y se concluyó que dichas actividades han logrado cierto éxito, pero que aún no se llega al estándar propuesto. Lo que está claro es que el registro es útil para comprobar el trabajo. Se realizó una encuesta en todas las unidades, donde cada

⁵ ROSARIO GARCÍA PALACIOS, AMALIA TEJUCA MARENCO, MERCEDES TEJUCA MARENCO, ESTHER SÁLCES SÁEZ, CARMEN CARMONA VALIENTE, LUÍS FUENTES CEBADA. “Registro para el cuidado del paciente renal”. Cádiz. Colombia. Diciembre 2002

enfermera revisó las hojas de enfermería y anotó las 600 abreviaturas que se usan, entre las cuales se seleccionó un grupo que quedó estandarizado para su uso uniforme dentro de la institución. ⁶

BETTY RIOS MORAN, ROCÍO ZARATE ZAPATA respecto a la .“Eficacia de los registros de Enfermería en los servicios de Hospitalización obtiene que un 51% de los registros de enfermería tuvieron una valoración de malo, debido a que en la redacción de estos no se consideran algunas de las dimensiones planteadas en este estudio y el uso incorrecto del SOAPIE.”⁷

CHALCO VILLARRUEL, JUSTINA LUZMILA. Especialista en Emergencias Y desastres. En su trabajo de investigación “Opinión de las enfermeras sobre la aplicación del proceso de atención a través de un registro de enfermería de emergencias llega a la siguiente conclusión: la mayoría de las enfermeras opinan que el registro de enfermería aplicado en el centro de salud de ventanilla en el servicio de emergencia es buena ya que permite la aplicación del proceso de atención de enfermería, sin embargo la minoría de las enfermeras opinan que le demanda tiempo en valorar los datos subjetivos. Sobre la aplicación del proceso de atención a través de un registro de enfermería. Es buena, regular y mala relacionado según su disposición buena

⁶ ESTELA DOMIC. Chile- Santiago de Chile. Medwave Nº 4. “Importancia de los Registros de Enfermería” Mayo.2004

⁷ BETTY RIOS MORAN, ROCÍO ZARATE ZAPATA. Tumbes-Perú .“Eficacia de los registros de Enfermería en los servicios de Hospitalización del Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavaria- junio 2006

relacionada a la etapa de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.⁸

Todos estos estudios dejan claro la importancia de un buen registro del cuidado de enfermería, las enfermeras son conscientes de eso pero tienen dificultad en plasmar el proceso del cuidado enfermero tal vez porque los registros de tipo narrativo al parecer no lo permiten por el tiempo que demandan para su elaboración, convirtiéndose en repetitivos, incompletos y poco significativos. Surge la interrogante de que tal vez creando un nuevo modelo de registro con parámetros que faciliten el registro de datos completos y que evidencie el SOAPIE y que reduzca el tiempo que la enfermera dedica a ello sea imperativo.

b) Base teórica.

REGISTROS DE ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

El registro consiste en la comunicación por escrito de hechos esenciales para conservar una historia continua de los sucesos durante un periodo determinado, en el que se reconstituye un medio de comunicación que facilita la interacción de grupos dentro de un sistema social, en este caso las enfermeras y el equipo de salud.

⁸ CHALCO VILLARRUEL, JUSTINA LUZMILA. "Opinión de las enfermeras sobre la aplicación del proceso de atención a través de un registro de enfermería de emergencias en el Centro de Salud Ventanilla: julio-diciembre, 2006

Kozier (2005) define a las anotaciones como: “registro que realiza el personal de enfermería sobre la valoración del estado del paciente, descripciones de los cambios de su estado, tratamiento administrado así como posibles reacciones y cuidados brindados.”⁹

Así mismo refiere que la importancia del registro radica en la continuidad del cuidado del paciente y puntualiza lo siguiente:

“El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad.”

En las instituciones de atención de salud se utilizan deferentes registros e informes, uno de los más importantes es la historia clínica siendo esta una recopilación ordenada y detallada de datos de situaciones de salud, enfermedades pasadas y actuales de la persona y sus familiares necesarias para identificar problemas, establecer diagnósticos, posibles alternativas de solución y evaluación de la atención brindada al individuo, familia y comunidad.¹⁰

FINALIDADES DE LOS REGISTROS

Además tiene las siguientes **finalidades**:

⁹ KOZIER Barbara, “Fundamentos de Enfermería” Edith Interamericana España 2005 Pag, 125.

¹⁰ IYER Patricia “Proceso y diagnóstico de enfermería” Edith McGraw Hill – Interamericana, España 1995.

- Planificación: La enfermera utiliza la información primaria o inicial, junto con las incidencias, para elaborar y evaluar la eficacia del plan de asistencia.
- Comunicación: Sirve de vehículo a través del cual el equipo de salud comunica sus aportaciones en la asistencia del paciente, en este informe deben explicarse las medidas necesarias para que los cuidados prestados tengan continuidad y solidez.
- Documento legal: sirve como documento legal si se utiliza como prueba en un tribunal de justicia.
- Educación: Permite identificar patrones de información comunes en paciente con problemas médicos similares para prever el tipo de asistencia que un paciente exige, proporcionando material importante para la formación de profesionales de salud.
- Investigación: a partir de los registros que se realizan a los pacientes se pueden extraer datos estadísticos. Los datos de los registros constituyen un valioso recurso para trabajos de investigación de una población determinada.
- Revisión y control: los registros del paciente son una base para evaluar la calidad de asistencia sanitaria prestada en una institución, para establecer programas para mejoras de rendimiento y calidad. En este control los problemas identificados son compartidos con todo el personal de enfermería de manera que puedan efectuarse correcciones de la asistencia o de las normas.
- Toma de Decisiones: La información estadística obtenida puede ayudar a decidir, prever y planificar en función de las necesidades de la población.

REGISTROS DE ENFERMERIA

La enfermera maneja diversas formas de registros, de manera que pueden considerarse excesivas, lo que sin duda le quita tiempo en la atención directa del paciente. Los registros que se utilizan en la mayoría de hospitales son:

11

Registros Técnico Asistenciales:

- Anotaciones de enfermería contiene: (Según N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02)
 - Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
 - Funciones vitales.
 - Funciones biológicas.
 - Estado general.
 - Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
 - Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
 - El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.

¹¹ CARPENITO, L.J. Ob.cit. Pag. 42

- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma
- Kardex contiene: (Según N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02)
 - Nombre y apellido del paciente
 - N° de Historia Clínica
 - Nombre del medicamento suministrado.
 - Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó.
 - Las horas diarias en que se administra.
 - Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura
 - Hoja de balance hídrico contiene: (Según N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02)
 - Nombres y apellidos del paciente
 - Fecha
 - Peso
 - Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día
 - Número de cama
 - Servicio
 - Hoja gráfica de funciones vitales.
 - Hoja gráfica de evaluación cardiorrespiratoria y neurológica en los servicios críticos.
 - Registros de procedimientos de pacientes en unidades críticas.
 - Hoja preoperatoria (cirugía segura)
 - Hoja de recuperación post operatoria.

- Hoja de terapia respiratoria
- Hoja de procedimientos asistenciales.
- Hoja de traslado seguro

MÉTODOS DE DOCUMENTAR LOS REGISTROS:

El sistema de documentación seleccionado por un servicio de enfermería debe reflejar la filosofía del departamento y la forma en que se prestan los cuidados enfermeros. Dado que el proceso de atención de enfermería determina un enfoque de enfermería, una buena documentación refleja los pasos de este proceso.

Es todo un reto crear un sistema de mantenimiento de registros que asegure una comunicación óptima y además que simplifique el proceso de creación de esquemas de registro.

Entre estos métodos de registros tenemos:¹²

Registros de referencia, Este sistema de registro consiste en organizar los datos de las personas que proporcionan la asistencia por orden cronológico, lo más habitual es que la enfermera anote las observaciones una vez por turno, incluyendo los datos de valoración, ejecución de las ordenes de enfermería y médicas o enfermería. Uno de los inconvenientes de los registros de referencia son los datos fragmentados y que los datos no aparecen de acuerdo a los problemas del cliente.

¹² Carpenito, L.J. Ob.cit. Pag. 45

Registros basados en el S.O.A.P.I.E. Derivado del registro orientado a los problemas en el que se van identificando los datos subjetivos y objetivos del cliente, el registro es cronológico. Este registro permite la evolución de los diagnósticos enfermeros ya que se registran en ellos la fecha de resolución, pero también se registran nuevos diagnósticos, nuevas intervenciones y la evaluación de los cuidados y respuestas de los pacientes a los tratamientos.

Registros informatizados, La expansión de los sistemas informatizados ha favorecido el desarrollo de una serie de métodos de documentación.

En la actualidad, en nuestro país la informática ya está siendo introducida en los servicios hospitalarios, está favoreciendo que la documentación de los datos sea oportunos, ahorren tiempo en los registros y para que la información esté fácilmente disponible para las mismas enfermeras y para el resto del equipo de salud. La integración del registro automático permite el transporte electrónico de datos a otro sistema del ordenador y facilita la recuperación de datos.

CARACTERÍSTICAS DE UN REGISTRO DE CALIDAD:

Para que un registro sea considerado de calidad debe responder a las siguientes interrogantes:

A. ¿PORQUÉ REGISTRAR?

Responsabilidad jurídica: la historia clínica es el documento testimonial ante la autoridad judicial, es la documentación legal de nuestros cuidados.

Responsabilidad moral, por respeto a los derechos de los pacientes y a la contribución del desarrollo de la enfermería y su responsabilidad profesional.

Por razones asistenciales, ya que contribuirá a la mejora de los cuidados que se presten y a la calidad de estos.

Investigación, proporciona datos para el análisis permita mejora de la calidad de la información registrada

Gestión, el desarrollo de los registros permitirá a los gestores determinar las cargas de trabajo, las necesidades derivadas de estas y la adecuación de los recursos asistenciales.

Formación y docencia. Los registros en la historia clínica son una fuente de información para los alumnos de enfermería y para su propia formación.

B. ¿PARA QUÉ REGISTRAR?

Para cumplir con el imperativo legal.

Mejorar la calidad científico-técnica (el intercambio de la información que suministran unos buenos registros mejora la calidad en la atención prestada).

Para disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad.

Permitir la investigación y docencia.

Para dar legitimidad y reconocimiento social e institucional.

C. ¿CUANDO HAY QUE REGISTRAR?

Si nos referimos al tiempo en el que deben iniciarse los registros afirmamos que la valoración inicial debe realizarse lo antes posible, su

demora puede tener como consecuencia la omisión u olvido de alguna anotación; tenemos que tener en cuenta que lo que no se registra no existe.

D. ¿COMO HAY QUE REGISTRAR?

Cuando se trate de formato en papel, se debe escribir de forma legible y ordenada, evitando abreviaturas que no sean de uso generalizado, tachaduras .etc., podemos afirmar que unos buenos registros denotan unos buenos cuidados, y viceversa unos registros defectuosos pueden ser interpretados como una mala ejecución de los cuidados, sobre todo con el paso del tiempo. Los registros informatizados nos ayudan a salvar estas dificultades.

Utilizando metodología común (Valoración patrones /de NANDA/NOC/NIC) normalizando el trabajo enfermero. (Proceso Atención Enfermería) La inclusión de la metodología y el esfuerzo por la utilización de un sistema de lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informativos.

Estandarizando planes y cuidados para el registro.

E. ¿CUÁNTO REGISTRAR?

Recabar la información relevante y significativa sobre el estado de salud, que permita una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan. Así como la continuidad de los cuidados, garantizando la atención compartida (informe ingreso/alta enfermería) y la repetición de datos, documentando con precisión, sin prejuicios ni divagaciones, identificando a las personas que intervienen en cada acto.

F. ¿QUIÉN DEBE REGISTRAR?

"Los profesionales sanitarios tienen el DEBER de complementar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos.

G. CONTENIDO DE LOS REGISTROS

La ley nos ofrece una orientación de lo que debe contener cada registro o documento al referirse a los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente. Cuando la documentación se pretende de calidad debe incorporar y estar de acuerdo con principios éticos por lo que su contenido "revelará las esperanzas de los pacientes y reflejará como desean ser cuidados, y como desean aparecer en la documentación"

INFORME DE ENFERMERIA:

El informe de enfermería llamado también anotaciones de enfermería, es un registro que realiza la enfermera acerca del cuidado brindado al paciente. Siendo este último observado por que la palabra anotación no tiene la connotación de lo que implica todo un registro.

CARPENITO dice que las anotaciones de enfermería tienen varios componentes. La mayoría de los componentes **se centran principalmente**

en el registro del Proceso de Enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).¹³

Cada una de las etapas del Proceso de atención de enfermería (PAE) , debe disponer de su correspondiente Registro de enfermería constituyendo así un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.

Criterios para la Elaboración del informe de Enfermería.

a. Del contenido:

En general el informe de enfermería sirve para registrar seis clases de información: medidas terapéuticas que han llevado a cabo diversos miembros del grupo de salud, medidas ordenadas por el médico y que ha realizado el personal de enfermería, medidas de enfermería que la enfermera realizó para satisfacer necesidades específicas de un paciente, observaciones de la conducta del paciente y de otras que se consideran importantes para su salud, respuestas específicas del paciente a la terapéutica y los cuidados, y enseñanza que ha recibido el paciente.¹⁴ Teniendo en cuenta sus componentes que se centran principalmente en el registro del proceso de enfermería.

Las normas de práctica de enfermería de la ANA orientan a las enfermeras en el registro del proceso de enfermería ordenando lo siguiente.

¹³ Carpenito, L.J. Ob.cit. Pag. 43

¹⁴ IYER Patricia Ob.cit. Pag. 17

- La recopilación de datos relativos al estado de salud del paciente / cliente es sistemática y continua. Los datos son accesibles, se comunican y anotan.
- Los diagnósticos de enfermería proceden de los datos sobre el estado de salud.
- El plan de cuidados de enfermería tiene objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.
- El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y planteamientos o medidas de enfermería prescritos cuyo fin es alcanzar los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.
- Las acciones de enfermería ayudan al paciente / cliente a aumentar sus capacidades de salud y proporcionan la posibilidad de participar en el fomento, conservación y recuperación de la salud.
- El progreso o falta de progreso del hacia el logro de los objetivos está determinado por el paciente / cliente y la enfermera.
- El progreso o falta de progreso del paciente / cliente hacia el logro de los objetivos dirige la valoración, reorganización de las prioridades, fijación de nuevos objetivos y la revisión del plan de cuidados de enfermería.

Al respecto Du Gas menciona que los registros deben ser veraces, contener comentarios precisos y objetivos, las horas se indican con precisión en las notas que hace la enfermera, todos los tratamientos y medicamentos se anotan inmediatamente después de administrarlos y

por lo general puede eliminarse de los expedientes palabras como paciente porque es obvio que la enfermera está escribiendo sobre él.

15

También es importante realizar el informe de enfermería en forma descriptiva, utilizando el método científico para resolver problemas, para ello emplear las siguientes normas técnicas: S.O.A.P.I.E.

S= Datos subjetivos (síntomas que refiere el paciente)

O= Datos objetivos (signos que la enfermera observa)

A= Conclusión diagnóstica

P= Plan cuidados

I= Intervención de enfermería.

E= Evaluación eficacia intervención

b. De la presentación:

El informe de enfermería deberá tener:

- Cronología

Es esencial que en este documento por razones legales y por seguridad de los cuidados del paciente se registre la fecha y la hora.

- Letra Legible

Se escribirán con letra clara y de fácil lectura ya que la mayoría de las instituciones permiten que se escriba en el expediente con letra manuscrita.

¹⁵ Du Gas W. Tratado de Enfermería practica- Dugas [4ta edición]. Mc Graw Hill. Disponible en URL, [http:// libroutil.com/? libro=du_gas_-_tratado_de_enfermeria_312](http://libroutil.com/?libro=du_gas_-_tratado_de_enfermeria_312).

- Uso de Tinta

Debe usarse tinta porque el lápiz no proporciona un registro permanente, la tinta debe ser oscura de preferencia azul o negro para el día y color rojo para la noche de tal manera que se pueda identificar cualquier cambio.

- Ortografía y Gramática

Como todo documento se usará correcta ortografía y gramática.

- Errores

Si se comete un error en la anotación, se cubre con una línea y se escribe encima la palabra **Error** junto con las iniciales de su nombre. Los errores no se deben borrar o tapar.

- Espacios en blanco

Evitar los espacios en blanco, se debe trazar una línea cubriendo el espacio y se firma.

- Firma y sello

La enfermera debe firmar después del informe, la firma incluye el nombre y el apellido completo con o sin rúbrica, título abreviado y número de Colegio de Enfermeras del Perú.

- Abreviaturas Universales Símbolos y Términos

Sólo se debe utilizar abreviaturas comúnmente aceptadas y especificadas por la institución. Si se duda en el uso de una abreviatura deberá escribir el término completo.

- Formato

Suele haber un formato estándar para el registro, que asegura la consistencia y facilita la comunicación.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS EN EL INFORME DE ENFERMERIA POR PATRONES DE RESPUESTA HUMANA.

Respuesta humana es un término construido a partir de planteamientos humanistas. A través de las respuestas humanas, enfermería busca unidades de análisis factibles de valorar, diagnosticar y tratar. Cada diagnóstico de enfermería es una respuesta humana. Comprendida dentro del proceso de enfermería que es el medio para el logro del nivel funcional óptimo de las respuestas humanas a la salud/ enfermedad. Está estructurado en cinco etapas: 1. Valoración, 2. Diagnóstico, 3. Planificación 4. Ejecución y 5. Evaluación.

El profesional de enfermería etiqueta cada respuesta con un diagnóstico de enfermería, definido por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2003) como un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

Agrupación de los datos según perspectiva de enfermería

Para identificar los diagnósticos de enfermería, es útil agrupar los datos de acuerdo con una perspectiva enfermera en vez de seguir un modelo médico.

Por ejemplo MASLOW (1970) plantea la necesidad de autorrealización, necesidad de crecer cambiar y conseguir objetivos.(fisiológicas, seguridad y protección, sociales, psicológicas).¹⁶

Así mismo GORDON (1994) considera 11 patrones funcionales: (percepción y tratamiento, nutrición-metabolismo, eliminación, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptivo, sueño-reposo, autopercepción-autoconcepto, roles-relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia del estrés y valor-creencia).¹⁷

Aunque existen diferentes clasificaciones diagnósticas el sistema más utilizado es el de NANDA, siendo reconocido como el sistema «oficial» por la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) que en el (2000) plantea el modelo de referencia definido como del “HOMBRE UNITARIO (conjunto de fenómenos de unidad, continuidad, cambio creativo y dinámico que permite a la enfermera describir, explicar y predecir el proceso vital del hombre) y se identifica por los 9 **PATRONES DE RESPUESTA HUMANA**:¹⁸

1. Intercambio

- Cardíaco: frecuencia apical, pulso, ritmo, tensión arterial (sentado, posición supina, de pie, derecho e izquierdo)
- Cerebral: nivel de consciencia, pupilas, apertura de ojos, mejor respuesta verbal, mejor respuesta motora.

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow

¹⁷ http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391

¹⁸ IYER Patricia Ob.cit, Pag. 280

- Periférico: temperatura de la piel, color, llenado capilar, dedos en palillo de tambor, edema.
- Integridad de la piel: erupciones, petequias, abrasiones, lesiones, contusiones, incisiones quirúrgicas, otros
- Oxigenación: frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad, uso de los músculos accesorios (tirajes, aleteo nasal), disnea incluidos los factores desencadenantes, ortopnea, tos, esputo color/cantidad/consistencia, ruidos respiratorios
- Regulación física: ganglios linfáticos, temperatura, estado de hidratación.
- Nutrición: lactancia, ablactancia, dieta especial, cambios en el apetito, náuseas/vómitos, estado de la boca/garganta, altura, peso, peso corporal ideal. Hábitos alimentarios, frecuencia cantidad tipo de alimentos que consume, preferencia/intolerancia a alimentos, alergias alimentarias.
- Eliminación: hábito intestinal habitual, alteraciones de la normalidad, estreñimiento, diarrea, incontinencia, ruidos intestinales. Hábito urinario normal, alteraciones de la normalidad, incontinencia, retención, color/consistencia/olor de la orina.

2. Comunicación:

Leer/escribir/comprender el idioma, otros idiomas, deterioro del habla, otras formas de comunicación (expresiones comunes para comunicarse) adecuadas para su edad.

3. Relación:

- Relaciones: Del niño: papel que desempeña en la casa, escolaridad, trabajo, gasto energético físico/mental, dificultades físicas. De la familia (madre): Ayudas económicas, trabajo, estado civil, edad/salud de las personas allegadas, número de hijos/sexo/edades, satisfacción/preocupaciones laborales, gasto energético físico/mental, relaciones sexuales, dificultades físicas/efectos de la enfermedad sobre la vida familiar
- Socialización: calidad de las relaciones con otras personas, descripción del paciente, descripción de las personas allegadas, comentarios del personal, expresión de soledad. Del niño y de la familia (madre)

4. Valoración:

Preferencia religiosa, importante práctica religiosa, cuestiones espirituales, orientación cultural, práctica cultural (prácticas religiosas y culturales que influyan en la salud como: alimentación, higiene, sueño, recreación, etc. así como la percepción o a que atribuye la vida, la enfermedad y la muerte). Del niño y de la familia (madre)

5. Elección:

- Afrontamiento: Del niño; afecto, manifestaciones frente al proceso de hospitalización, métodos habituales para la resolución de problemas según la edad, sistemas de apoyo. De la familia (madre); Métodos habituales para la resolución de problemas del cliente/ persona allegada, método para el control del estrés,

manifestaciones físicas, sistemas de apoyo disponibles (familia, sociales, económicos)

- Participación: seguimiento de los regímenes sanitarios pasados/actuales, deseo de seguir un futuro régimen sanitario
- Juicio: Del niño: capacidad para tomar decisiones, perspectivas frente al problema de salud y proyecto de vida. De la familia (madre): perspectiva frente al problema de salud y proyecto de vida

6. Movimiento:

- Actividad: antecedentes de incapacidad física, limitaciones en las actividades diarias, manifestaciones verbales de fatiga/debilidad, hábito de ejercicio
- Reposo: horas dormidas por la noche, sensación de descanso al despertar, ayuda para dormir, dificultad para caer/permanecer dormido
- Recreo: actividades de ocio, actividades sociales.
- Conservación del entorno: tamaño y organización del hogar/escaleras/servicios, necesidades de seguridad, responsabilidades en el hogar, saneamiento ambiental.
- Conservación de la salud: seguro sanitario, reconocimientos regulares, prescripción/disponibilidad de medicamentos, cuidados para la salud, cumple las 16 practicas calves para el cuidado del niño AIEPI(inmunizaciones, asiste a control de niño sano, estimación temprana, prevención de enfermedades)

- Autocuidados: descripción que el cliente hace de sí mismo, efectos de la enfermedad/cirugía sobre el concepto de uno mismo
- Significativo: expresa desesperanza, expresa/percibe una pérdida del control (expresa no saber qué hacer, culpabilidad, desesperanza, no tiene a nadie, no es capaz de dar soluciones a los problemas) Del niño y de la familia (madre)
- Percepción sensorial: antecedentes de un entorno limitado, deterioro visual, gafas, deterioro auditivo, audífono, postura/movimiento corporal, gusto, tacto, olfato, reflejos.

7. Percepción:

- Concepto de uno mismo: descripción que el cliente hace de sí mismo, efectos de la enfermedad/cirugía sobre el concepto de sí mismo
- Significativo: expresa desesperanza, expresa/percibe una pérdida del control. Del niño y de la familia (madre)

8. Conocimiento:

- Problemas actuales de salud (percepción del cliente/persona allegada)
- Antecedentes de salud: enfermedad/hospitalización/cirugía previa, enfermedades cardíacas, del sistema vascular periférico, pulmonares, renales, trastornos cerebro vasculares, fiebres reumáticas, tiroides, otros
- Medicación actual: nombre, dosis, frecuencia.

- Factores de riesgo: hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo, obesidad, diabetes, estilo de vida sedentario, uso excesivo de videojuegos/Internet, estrés, consumo de alcohol, drogas, antecedentes familiares
- Disponibilidad: percepción/conocimiento de la enfermedad/pruebas/cirugía, expectativa del tratamiento, conceptos equivocados, disponibilidad para aprender, solicitud de información referente a nivel de educación, barreras de aprendizaje.
Del niño y de la familia (madre)
- Orientación: nivel de alerta, orientación en persona/espacio/tiempo, comportamiento/comunicación apropiada
- Memoria: intacta, sólo reciente, sólo remota

9. Sentimiento:

- Dolor/malestar: aparición, duración, localización, calidad, radiación, factores asociados/agravantes/mitigantes
- Emocional, integridad/estado: recientes acontecimientos vitales estresantes, temor, ansiedad, aflicción, fuente, manifestaciones físicas. Del niño y de la familia (madre)

La NANDA reclasifico las respuestas humanas en 13 dominios, los cuales presentan similitud con la clasificación por patrones funcionales de salud de la doctora Marjorie Gordon. Los dominios de respuesta humana son: (Promoción a la Salud, Nutrición, Eliminación, Actividad / Reposo, Percepción / Cognición, Auto percepción, Rol / Relaciones, Sexualidad, Afrontamiento / Tolerancia al estrés, Principios Vitales, Seguridad y Protección, Confort, Crecimiento y Desarrollo.

IMPORTANCIA DEL REGISTRO EN LA AUDITORIA EN ENFERMERÍA

Consiste en revisar los expedientes de los pacientes para valorar la calidad de los cuidados de enfermería, comprobándolos en el registro, sobre todo cuando la evaluación que se hace es de tipo retrospectivo, es decir, revisar los cuidados que recibió el enfermo y también para comprobar los cuidados que recibe aún.

Se compara los cuidados indicados en el expediente, con los criterios para cuidados adecuados para enfermería.

Los criterios para la auditoria se establecen mediante aspectos de cuidados básicos, la identificación de problemas, los resultados esperados de los cuidados, la selección de las intervenciones de enfermería, y el grado en que se llevó a cabo, indicado por las anotaciones de enfermería en el expediente del paciente.

Uno de los puntos que se toma en cuenta dentro del proceso de auditoria es la revisión de documentos relacionados que comprende a las anotaciones de enfermería. Según el Colegio de Enfermeros del Perú los criterios de evaluación de las anotaciones de enfermería comprenden las etapas del Proceso de atención de enfermería.

MARCO LEGAL

La Historia Clínica es un documento legal en casos de litigio. El marco legal se encuentra establecido en los Códigos procesales penal y civil.

La historia clínica “Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada integrada secuencial e inmediata”.

Para evitar problemas legales se aconseja asegurarse que la documentación sea completa evitando: no documentar el momento exacto en el que produjeron los hechos, no documentar las órdenes verbales o dejarlas sin firmar, documentar las acciones por anticipado con el fin de ahorrar tiempo y documentar datos incorrectos. Así mismo nunca debe anotar adjetivos de la conducta del paciente (seamos objetivos), no mencionar problemas del personal, no intentar explicar una equivocación, ni utilizar términos como “accidentalmente o de algún modo”, nunca referirse a otro paciente por su nombre se viola el derecho a la confidencialidad.

Si partimos de la premisa que la historia clínica (dentro de la cual se encuentra la hoja de Anotación de Enfermería), es un documento médico legal. Y **Documento** Según Cardoso ¹⁹ “Es cualquier cosa que siendo susceptible de ser percibido por la vista o el oído o por ambos sirve por sí mismo para ilustrar o comprobar por vía de representación la existencia de un hecho cualquiera o la exteriorización de un acto humano”

Según el artículo 233 del Código Procesal Civil lo define como “todo escrito u objeto que sirve para acreditar un hecho”. Y la naturaleza jurídica del documento es que es un medio probatorio real, objetivo, histórico y

¹⁹ CARDOSO

representativo e inclusive declarativo, puede encerrar una declaración de ciencia así como una expresión de voluntad dispositiva. Si el ordenamiento jurídico ordena la facción del documento como formalidad, significa un medio de prueba y requisito para la existencia o validez del acto jurídico de que se trate.

Según N.T. N°022-MINSA/DGSP-V.01-Norma Técnica de La Historia clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado resuelve Garantizar un apropiado registro de la atención de salud del paciente.

En el Perú, actualmente obedece a la exigencia de orden legal establecidas en la “Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana”, Ley 27669 y reconocida por el Ministerio de Salud, al presentarlo como un indicador Hospitalario de Calidad de los Registros de Enfermería basado en el SOAPIE y en el Proceso de Enfermería considerado un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Es así que la Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669, en el artículo N° 7 incisos (a), promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala: *“Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”*.

El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, artículo 24 señala que: *“La enfermera (o) debe asegurar y garantizar la continuidad del cuidado al paciente.”*

El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: *“La enfermera (o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional.”*

Requisitos para la validez legal del documento

- Se trate de un objeto elaborado por la mano del hombre (ejm. la enfermera)
- Que represente un acto o hecho (ejm. cuidado brindado al paciente)
- Que tenga significación probatoria (ejm. la historia clínica)
- En el caso de que se haya observado las formalidades establecidas en las normas, bajo sanción de nulidad (ejm. requisitos y normas para la elaboración de notas de enfermería)
- Que tenga capacidad de representación para realizarlo
- Que el acto que contiene no sea nulo.
- Que se haya ofrecido oportunamente los requisitos.
- Que sea pertinente para acreditar el hecho en debate.
- Que se haya determinado su autenticidad.
- Que no existan otros medios de prueba que la desvirtúen.
- Que no se haya obtenido ilícitamente.

- Que el documento por si solo forme convicción al juzgador.

CALIDAD DE LOS REGISTRO

Se define calidad como conjunto de propiedades inherentes al registro –en este caso del cuidado que brinda la enfermera la paciente pediátrico en la unidad de emergencia- que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas y explícitas de información.

La calidad se mide a través de indicadores, que señalan como se están haciendo las cosas, comparado con cómo se debería hacer para detectar situaciones problemáticas.

Los indicadores

Se define un indicador de calidad como una característica o parámetro, o una situación de la atención sanitaria (o enfermería) claramente observable, que tiene la suficiente importancia como para ser determinante de esa calidad. Los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería son variables presentes en la atención enfermera y pueden identificarse, según sean los enfoques de la valoración de la calidad, como:

- Indicadores de estructura: normas, protocolos, registros, personal (tipo y distribución).
- Indicadores de proceso: tipos de pacientes atendidos, técnicas realizadas, cuidados específicos.

- Indicadores de resultados: beneficios definidos y producidos por la aplicación de cuidados enfermeros, cambios observados en la situación de pacientes o usuarios, opinión de los mismos.

Los criterios:

Por su parte, los criterios son condiciones presentes en una situación, en un indicador, claramente definidas y medibles con precisión, que informan del grado de calidad obtenida.

Definición de criterios y estándar de calidad

Criterios. Al hablar de criterios estamos definiendo un patrón de aquello que queremos medir. Establecemos así un instrumento de medida y como tal este debe ser VALIDO, FIABLE y SENSIBLE.

Estándar. Son aquellos valores que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable. Los estándar, al igual que los criterios, pueden ser IDEALES o EMPIRICOS. A su vez, los estándar ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Los estándar empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos desde estadísticas o encuestas de centros similares.

Dimensiones de la calidad:²⁰

- **Funcionalidad:** Hace de mi aplicación lo que es requerido. Verifique cada escenario de Uso.

²⁰ INDICADORES DE CALIDAD .

<http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Antecedentes.pdf>

- **Usabilidad:** Pruebe la aplicación desde la perspectiva de conveniencia del usuario final. El sistema es fácil de usar para un usuario final.
- **Confiabilidad:** Pruebe que la aplicación se comporta de forma consistente y predecible. Responde mi aplicación aceptablemente.
- **Satisfacción de los usuarios** La satisfacción es una actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente ("usuario") y la atención recibida. No puede pretenderse ofrecer la calidad si los trabajadores no están entrenado para garantizarla.
- **Eficiencia** grado en que el modelo propuesto alcanza los objetivos propuestos
- **Eficacia:** Beneficio ocasionado.
- **Efectividad:** El grado en el que el producto produjo el efecto deseado.
- **Tiempo:** Duración tiempo. Comparaciones Internas con respecto al llenado en el registro de Enfermería.
- **Beneficio:** actitud positiva producto de la interacción, mejora continua.
- **Desempeño:** Pruebe las respuestas. Responde bien el sistema.

Políticas de calidad: Las políticas del ministerio de salud que orientan a la gestión de la calidad se fundamentan en el reconocimiento del derecho a la salud y en el principio de Salud para todos, que demanda calidad y no solo cantidad.²¹

²¹ POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD, aprobado con RM 727- 2009/MINSA .octubre.

III. MARCO METODOLOGICO

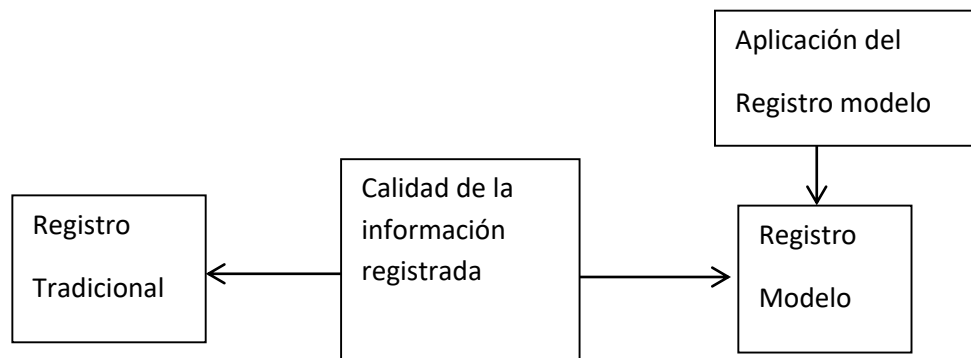
En el presente capítulo se describe como fue llevada la investigación, para el cumplimiento de los objetivos y probar la hipótesis planteada.

a) Tipo De Investigación.

El presente estudio tiene enfoque cuantitativo

b) Diseño y esquema de investigación.

Es de tipo Cuasi experimental ya que se manipulo una de las variable independientes (registro modelo) y se midió el efecto provocado en la variable dependiente (Calidad de los registros)



c) Población y Muestra.

La población de estudio está constituida por:

Para medir la calidad del registro se consideró:

- Los registros de enfermería de las historias clínicas de pacientes que se hospitalizaron por el servicio de emergencia en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Muestra

Para su cálculo se utilizó el software Epidat v.4.0 en su módulo de muestreo, cálculo de tamaño de muestra para comparación de proporciones de grupos emparejados. Con parámetros de proporción de calidad satisfactoria de las anotaciones de enfermería de 25.7%²² en el basal y 50% de calidad satisfactoria luego de la aplicación del registro modelo del cuidado de enfermería, poder de prueba de 80%, nivel de confianza de 95%.

Tamaño de la muestra

Se obtuvo un Tamaño mínimo de $n = 98$ registros de enfermería. Este tamaño de muestra se reajustó con datos proporcionados por el estudio. Las historias clínicas se tomaron al azar.

Comparación de proporciones emparejadas:

Datos:

- Proporción esperada en
- Población 1: 25,700%
- Población 2: 45,000%
- Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

²² CORDOVA Gisela, SOSA Elizabeth. "CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA -PIURA, 2010.

- Potencia (%): 80,0
- Número de pares: 98

Criterios de inclusión, exclusión.

Criterios de Inclusión:

Dentro de los criterios de inclusión que se consideraron en el presente trabajo son:

- El registro de enfermería de todas las historias clínicas de pacientes que se hospitalizan en el servicio de emergencia del INSN.

Criterios de Exclusión:

Dentro de los criterios de exclusión que se consideraron son:

- No se evaluara el registro de enfermería del mismo paciente más de tres veces (cada vez implica distintos días y llenado por diferentes enfermeras).

d) Instrumentos de Recolección de datos.

- **De la validación del registro modelo y del instrumento de recolección de datos.**

El registro modelo se sometió a prueba binomial teniendo en cuenta los criterios de validez de contenido, constructo y criterio el cual se efectuó mediante prueba piloto y juicio de expertos. La prueba piloto se realizó con los primeros 15 registros. Y el instrumento de recolección de datos

(lista de cotejo) fue sometido a juicio de expertos ya que se elaboró de acuerdo a los estándares de calidad de registros de la historia clínica del Ministerio de Salud.

- **De la aplicación de un registro modelo.**

El registro modelo se aplicó en todas las salas del servicio de emergencia las cuales son: reposo 1 y 2, sala de críticos, sala de trauma shock, tópico de pediatría, tópico de cirugía y camillas. No fue necesario el consentimiento Informado pues no es una intervención terapéutica.

Se solicitó el permiso respectivo para la introducción de un registro modelo del cuidado de enfermería dentro de la historia clínica del paciente durante el lapso de un mes.

Consto de 2 etapas en la primera se instruyó a las enfermeras que pertenecen a la muestra sobre la aplicación de un registro modelo, mediante plan de capacitación (Anexo 4) se les entregó además un instructivo. En la segunda etapa se guio a las enfermeras en la primera aplicación.

e) Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos,

La recolección de datos consto de tres etapas:

- Primero se midió la calidad de la información del registro tradicional (lista de cotejo). Las enfermeras no sabían en qué momento se hizo la medición.

- Segundo se introdujo “un modelo de registro” (Anexo 2), en las historias clínicas reemplazando al registro tradicional, (de tal modo que las enfermeras no tengan que llenar dos registros) por el lapso de un mes hasta completar la muestra, se midió la calidad de la información registrada después de la primera semana de aplicación, el primer llenado fue guiado por la investigadora y no formo parte de la muestra. Se evaluó mediante una lista de cotejo con escala de estimación.
- Durante la recolección de datos no se llegó al 100% de la muestra planteada ya que en el tiempo asignado, que fue un mes para cada registro (tradicional y modelo), no hubo afluencia y movimiento habitual de pacientes en el servicio de emergencia. Es así que para el registro tradicional se obtuvo una muestra de 87 (de 98 programados), lo que corresponde a un poder de prueba de 90.8% y para el registro modelo una muestra de 89 (de 98 programados), correspondiéndole un poder de prueba de 91.4%.

Formularios Para La Recolección De Datos

Técnica:

Para la recolección de información se aplicó la observación estructurada mediante lista de cotejo con escala de estimación

Y la técnica de encuesta estructurada mediante el cuestionario auto administrado.

Instrumento:

El instrumento para la recolección de datos fue:

- Lista de cotejo con escala de estimación numérica, para evaluar la información en el registro modelo y registró tradicional, distinguiendo los niveles de aprobación en la calidad, teniendo en cuenta los aspectos o características fundamentales que se encuentran presentes para la realización del registro. Conto con 98 ítems (Anexo N°1)

Procedimientos Estadísticos

Se midió la calidad del registro tradicional antes de la aplicación del registro modelo y se representó en tres (3) categorías: satisfactorio, por mejorar y deficiente, se cuantificó en frecuencia y porcentajes, y se estableció las diferencias entre ambos registros aplicándose la prueba chi cuadrado con corrección de Yates, la Prueba z de diferencia de Proporciones, y prueba exacta de Fisher.

Aspectos Éticos

- Se cumplió el principio de beneficencia y no maleficencia, ya que los resultados serán beneficiosos para mejorar el registro del cuidado brindado por la enfermera y no se dañó ni se permitió riesgos hacia el niño, respetando la dignidad humana.
- Así como también el principio de autonomía, ya que los participantes lo hicieron de manera voluntaria y cuando lo desearon dieron por terminada su participación en el estudio sin riesgo de ser perjudicados

no tomándose represalias, se brindó una información veraz del proyecto.

- El principio de justicia se aplicó para todos los participantes, tratados en forma justa y equitativa antes durante y después de su participación. El derecho a la reserva de la información se tomó muy en cuenta ya que la información obtenida será utilizada solo para los fines obtenidos y no podrá ser entregada a terceros.

Consentimiento Informado

No fue necesario pues no es una intervención terapéutica.

IV. RESULTADOS

Los resultados mostrados en el presente capítulo son producto del análisis de datos que comprende el tratamiento estadístico que se le dio a los datos, el análisis descriptivo y el análisis inferencial para probar la hipótesis, se presenta 3 tablas y 29 gráficos.

4.1. PRESENTACION DESCRIPTIVA DE LOS RESULTADOS GENERALES.

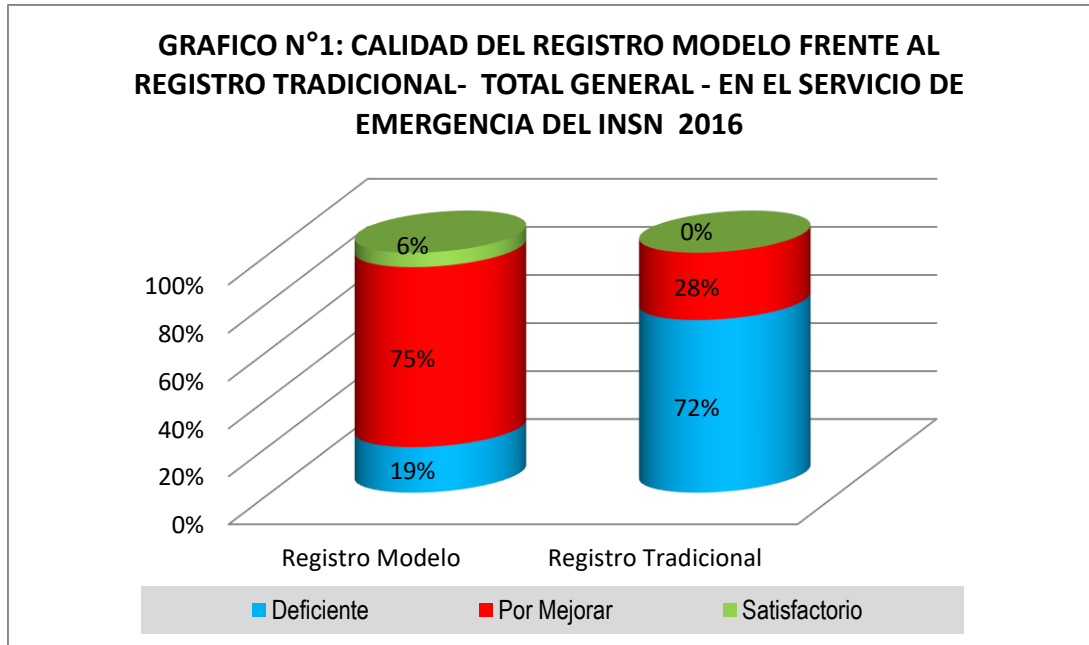
A continuación se presenta tres tablas y gráficos en las que podemos observar el resultado general del presente estudio.

TABLA N°1: CALIDAD DEL REGISTRO MODELO FRENTE AL REGISTRO TRADICIONAL- TOTAL GENERAL - EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Calidad de información	Registro Modelo n(%)	Registro Tradicional n(%)	VALOR P
Adecuado	5 (5.6)	0	0.000
Por mejorar	67(75.3)	24(27.6)	
Deficiente	17(19.1)	63(72.4)	

La tabla n°1 muestra una diferencia en la proporción de la calidad de información del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.000$, prueba chi cuadrado). Además, existe diferencia en la proporción de la calidad de registro por mejorar en el registro modelo frente al tradicional ($p=0.000$, prueba z de diferencia de proporciones), encontrándose mayor proporción en el registro modelo. De la misma forma en la calidad de registro deficiente, existe diferencias significativas entre la proporción de registro modelo frente

al tradicional ($p=0.000$, prueba z de diferencia de proporciones), encontrándose menor proporción en el registro modelo.



Como podemos ver en el gráfico N°1 la calidad del registro modelo está distribuido en satisfactorio, por mejorar y deficiente. El grupo de mayor porcentaje es el por mejorar en un 75% del total general, seguido de un 19% que se encuentra deficiente y un 6% satisfactorio. Y en el registro tradicional el que tiene mayor porcentaje es deficiente con 72%, seguido de por mejorar con 28%, mientras que en satisfactorio presento 0%.

TABLA N°2: CARACTERISTICAS DE ESTRUCTURA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO MODELO FRENTE AL REGISTRO TRADICIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

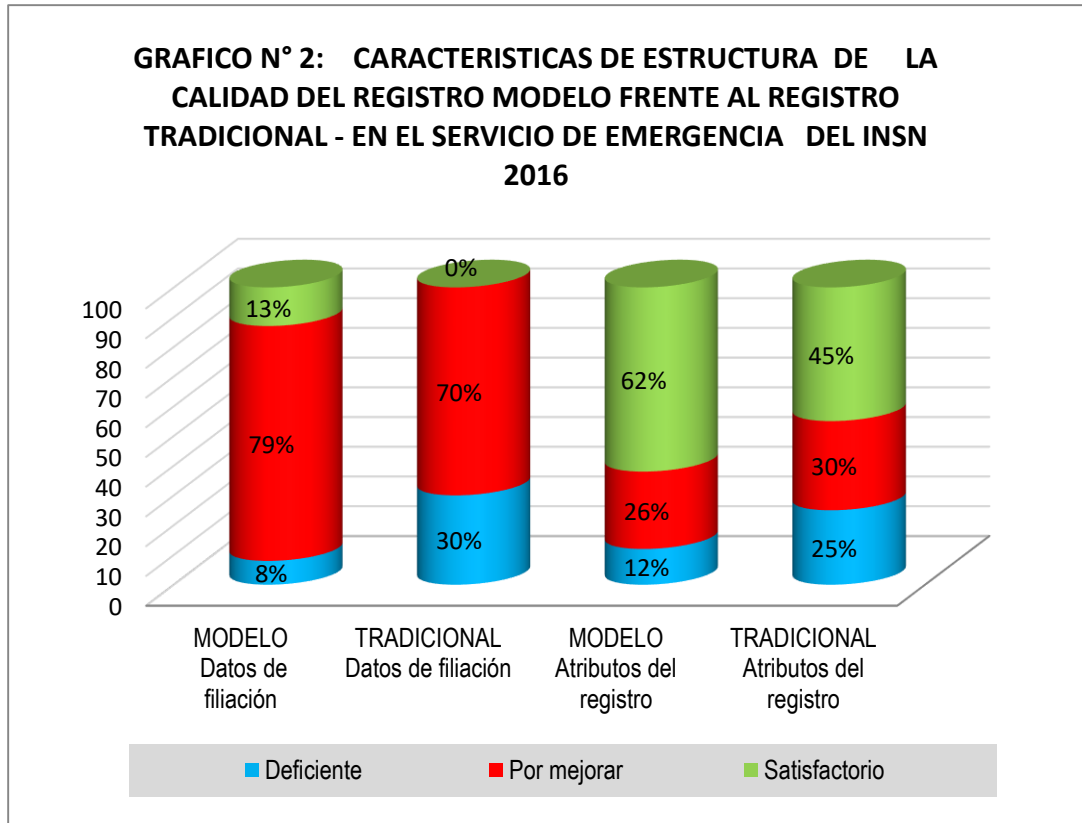
Característica de Calidad de Registro	Registro Modelo n(%) 89	Registro Tradicional n(%) 87	Valor p
Datos de filiación			
Satisfactorio	12 (13)	0(0)	0.000*
Por mejorar	70(79)	61(70)	0.193
Deficiente	7(8)	26(30)	0.000
Atributos de registro			
Satisfactorio	55(62)	39(45)	0.022
Por mejorar	23(26)	26(30)	0.550
Deficiente	11(12)	22(25)	0.026

* Prueba exacta de fisher

La tabla n°2 muestra una diferencia en la proporción de los datos de filiación del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.000$, prueba chi cuadrado). Además, existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=0.000$, prueba exacta de Fisher). No se encontró diferencia en la categoría por mejorar al comparar ambos registros.

Se encontró una diferencia en la proporción de los datos de Atributos de registro del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.038$, prueba chi cuadrado).

Además, existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=0.022$, prueba z de diferencia de proporciones). No se encontró diferencia en la categoría por mejorar al comparar ambos registros.



En el gráfico N°2 es posible observar que dentro de las características generales de calidad, los datos de filiación del registro modelo son los de mayor rango con un 79% por mejorar, 13% satisfactorio y 8% deficiente; mientras que el registro tradicional presentó 70% por mejorar, 30% deficiente y 0% satisfactorio. En cuanto a atributos del registro se evidenció en el registro modelo 62% satisfactorio, 26% por mejorar y 12% deficiente, mientras que el registro tradicional presentó 45% satisfactorio, 30% por mejorar y 25% deficiente.

TABLA N°3: CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA CALIDAD DEL REGISTRO MODELO FRENTE AL REGISTRO TRADICION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Características del Proceso de Atención de Enfermería	Registro Modelo n(%) 89	Registro tradicional n(%) 87	VALOR P
Valoración de enfermería			
Satisfactorio	1 (1)	0 (0)	1.000*
Por mejorar	40 (45)	3 (3)	0.000
Deficiente	48 (54)	84 (97)	0.000
Diagnóstico de enfermería			
Satisfactorio	47(53)	15 (17)	0.000
Por mejorar	38 (43)	27 (31)	0.106
Deficiente	4 (4)	45 (52)	0.000
Plan de cuidados			
Satisfactorio	23 (26)	3 (3)	0.000
Por mejorar	52 (58)	18 (21)	0.000
Deficiente	14 (16)	66 (76)	0.000
Intervención			
Satisfactorio	28 (31)	24 (28)	0.573
Por mejorar	39 (44)	29 (33)	0.151
Deficiente	22 (25)	34 (39)	0.039
Evaluación			
Satisfactorio	51 (57)	11 (13)	0.000
Por mejorar	18 (20)	18 (21)	0.939
Deficiente	20 (23)	58 (67)	0.000

*: Prueba exacta de Fisher

La tabla n°3 muestra que:

1. Existe diferencias en la proporción de los datos de **valoración de enfermería** del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.000$, prueba chi cuadrado). No existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=1.000$, prueba exacta de Fisher). Se encontró diferencia en la

categoría por mejorar al comparar ambos registros ($p=0.000$, prueba z de diferencia de proporciones)

2. Existe diferencias en la proporción de los datos **de diagnóstico de enfermería** del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.000$, prueba chi cuadrado). Existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=0.000$, prueba prueba z de diferencia de proporciones). Se encontró diferencia en la categoría por mejorar al comparar ambos registros ($p=0.000$, prueba z de diferencia de proporciones)

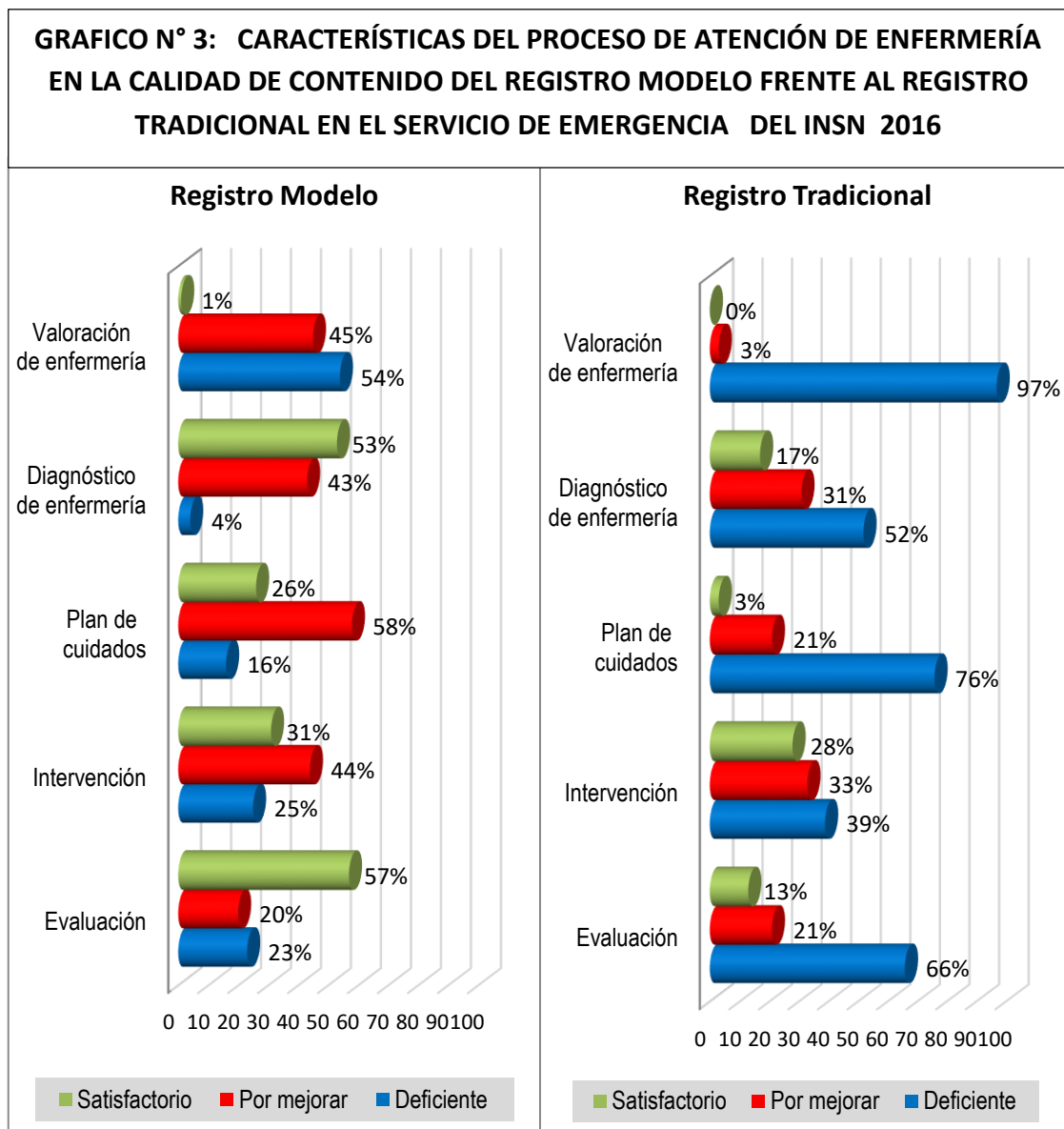
3. Existe diferencias en la proporción de los datos de **Plan de cuidados** del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.000$, prueba chi cuadrado).

Existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=0.000$, prueba prueba z de diferencia de proporciones). Se encontró diferencia en la categoría por mejorar al comparar ambos registros ($p=0.000$, prueba z de diferencia de proporciones)

4. Existe diferencias en la proporción de los datos de **Intervención** del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.0115$, prueba chi cuadrado).

No existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=0.573$, prueba prueba z de diferencia de proporciones). No se encontró diferencia en la categoría por mejorar al comparar ambos registros ($p=0.151$, prueba z de diferencia de proporciones)

5. No se encontró diferencias en la proporción de los datos de **Evaluación** del registro modelo frente al registro tradicional ($p=0.000$, prueba chi cuadrado). Existe diferencia en la proporción de la categoría Satisfactorio del registro modelo frente al tradicional ($p=0.000$, prueba prueba z de diferencia de proporciones). Se encontró diferencia en la categoría por mejorar al comparar ambos registros ($p=0.000$, prueba z de diferencia de proporciones)



Fuente: Elaboración Propia

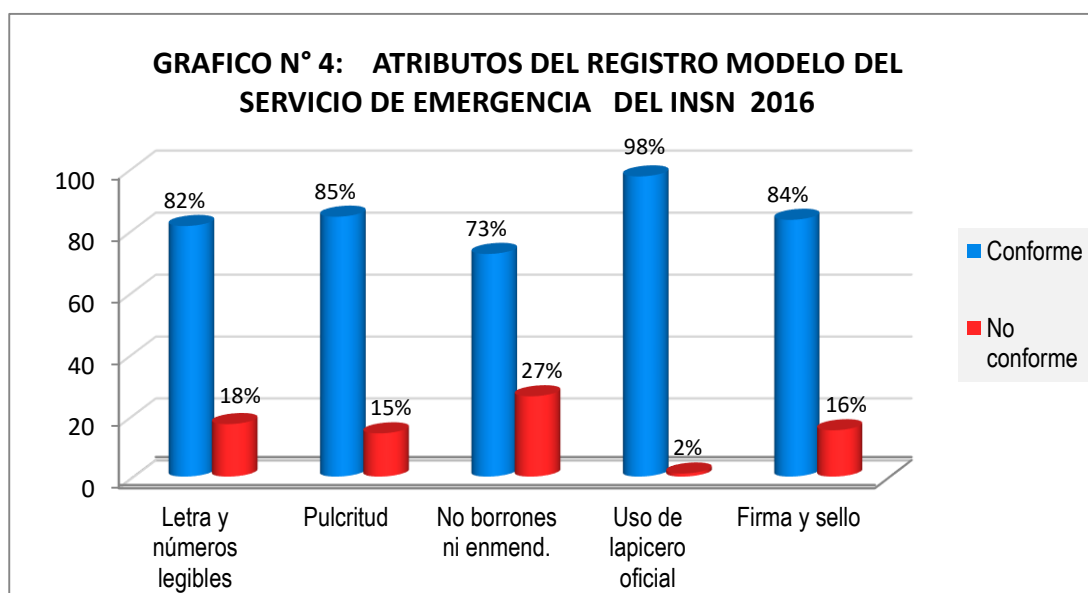
El gráfico N° 3 representa las fases del proceso de atención de enfermería (SOAPIE) en la Calidad de Contenido del Registro Modelo Frente al Registro Tradicional observando así que el registro modelo presenta datos más significativos, distribuidos de la siguiente manera: en cuanto a valoración de enfermería 54% son deficientes, en diagnósticos de enfermería 53% son satisfactorios, en plan de cuidados 58% son por mejorar, en intervención 44% son por mejorar, en evaluación 57% son satisfactorios.

También es posible observar los porcentajes en cada fase del proceso de atención de enfermería : en valoración de enfermería el 54% es deficiente, seguido de un 45% por mejorar y un 1% satisfactorio, en diagnóstico de enfermería el 53% es satisfactorio, el 43% por mejorar y el 4 % deficiente, en plan de cuidados el 58% por mejorar, seguido de un 26% satisfactorio y un 16% deficiente, en intervención de enfermería el 44% es por mejorar, el 31% es satisfactorio y el 25% es deficiente, por último en evaluación el 57% es satisfactorio, seguido de un 23% deficiente y el 20% restante es por mejorar.

En cuanto al registro tradicional los datos más significativos se encuentran distribuidos en: valoración de enfermería con un 97% deficiente, solo 3% por mejorar y 0% adecuado; en cuanto a diagnóstico de enfermería 52% deficiente, 31% por mejorar y solo 17% adecuado, en lo que se refiere a plan de cuidados 76% deficiente, 21% por mejorar y 3% adecuado; en intervención también predomina deficiente 49%, seguido 33% por mejorar, 28% adecuado, y finalmente Evaluación 67% deficiente. 21% por mejorar y 13% adecuado. Cabe destacar que en todos los ítems el de mayor porcentaje fue el deficiente.

CUADRO N° 4: ATRIBUTOS DEL REGISTRO MODELO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Características	Conforme		No conforme	
	N°	%	N°	%
Letra y números legibles	73	82	16	18
Pulcritud	76	85	13	15
No borrones ni enmendaduras	65	73	24	27
Uso de lapicero oficial	87	98	2	2
Firma y sello	75	84	14	16



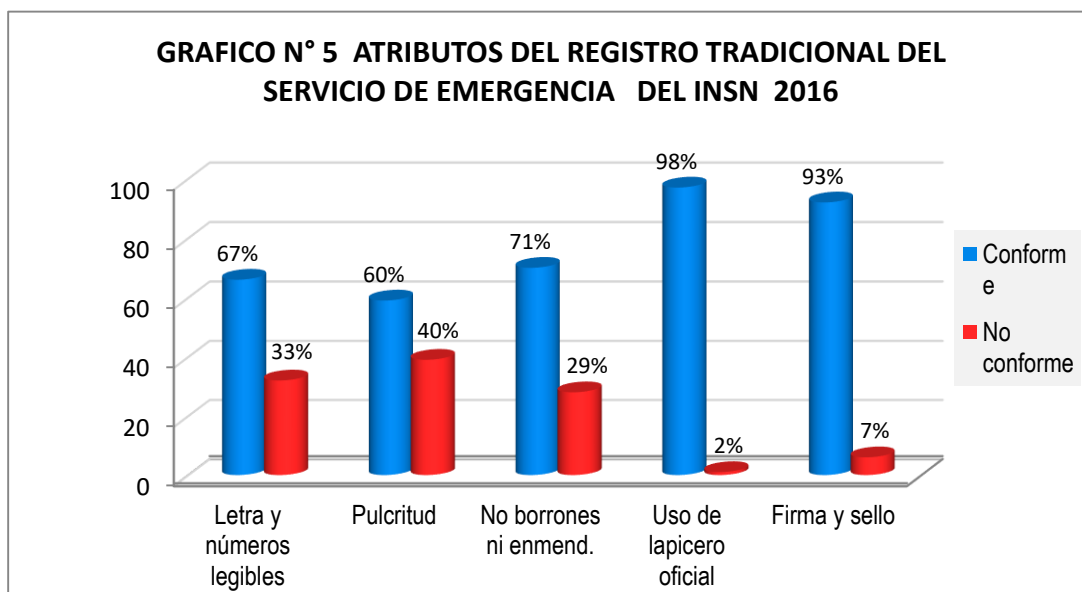
Fuente: Elaboración Propia

Como podemos observar en el gráfico N° 4 - Atributos del registro modelo que evalúa letra y números legibles, pulcritud, no borrones, ni enmendaduras, uso de lapicero oficial, firma y sello; siendo el rango de mayor concentración el conforme. Se puede observar en cuanto a letra y números legibles que el 82% es conforme y el 18% no conforme, en pulcritud el 85% es conforme y el 15% no conforme, en no borrones ni enmendadura el 73% es conforme y el

27% no conforme, en el uso de lapicero oficial el 98% es conforme y el 2% no conforme, en la firma y sello el 85% es conforme y el 15% no conforme.

CUADRO N° 5: ATRIBUTOS DEL REGISTRO TRADICIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Características	Conforme		No conforme	
	N°	%	N°	%
Letra y números legibles	58	67	29	33
Pulcritud	52	60	35	40
No borrones ni enmendaduras	62	71	25	29
Uso de lapicero oficial	85	98	2	2
Firma y sello	81	93	6	7



Fuente: Elaboración Propia

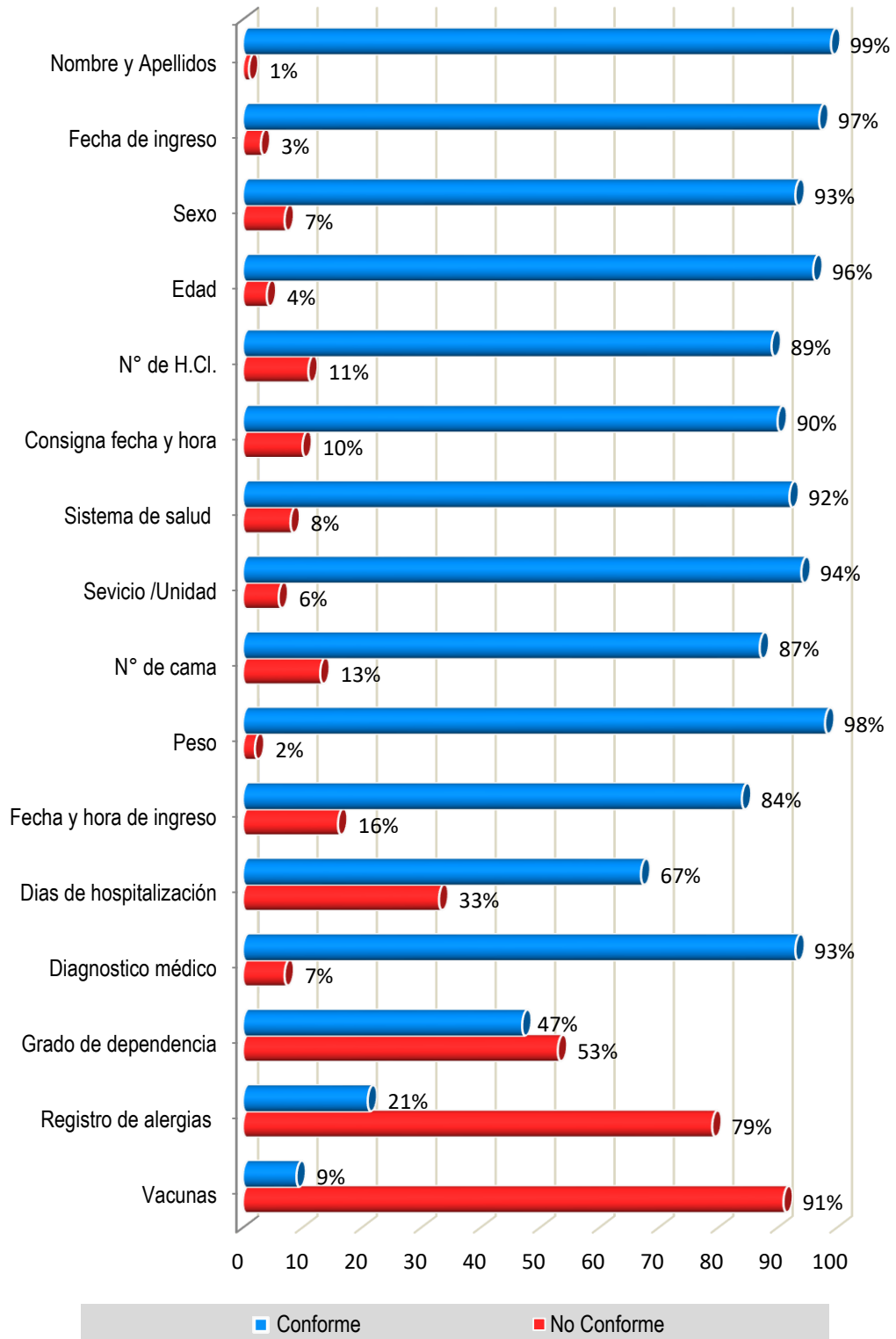
En el gráfico N°5 – Atributos del registro tradicional, se observa datos significativos con la alternativa conforme en todos los ítems. Es así que en

letra y números legibles presenta 67% conforme y 33% no conforme, en pulcritud 60% conforme y 40% no conforme, en no borrones ni enmendaduras 71% conforme y 29% no conforme, uso de lapicero oficial 98% conforme y 2% no conforme, por ultimo firma y sello presento 93% conforme y 7% no conforme.

**CUADRO N° 6: VALORACIÓN - DATOS DE FILIACIÓN (REGISTRO MODELO)
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016**

Datos de Filiación	Conforme		No Conforme	
	N°	%	N°	%
Nombre y Apellidos	88	99	1	1
Fecha de ingreso	86	97	3	3
Sexo	83	93	6	7
Edad	85	96	4	4
N° de H.Cl.	79	89	10	11
Consigna fecha y hora	80	90	9	10
Sistema de salud que pertenece	82	92	7	8
Servicio /Unidad	84	94	5	6
N° de cama	77	87	12	13
Peso	87	98	2	2
Fecha y hora de ingreso	75	84	14	16
Días de hospitalización	60	67	29	33
Diagnóstico médico	83	93	6	7
Grado de dependencia	42	47	47	53
Registro de alergias medicament.	19	21	70	79
Vacunas	8	9	81	91

**GRAFICO N° 6: VALORACIÓN - DATOS DE FILIACIÓN
(REGISTRO MODELO) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
INSN 2016**



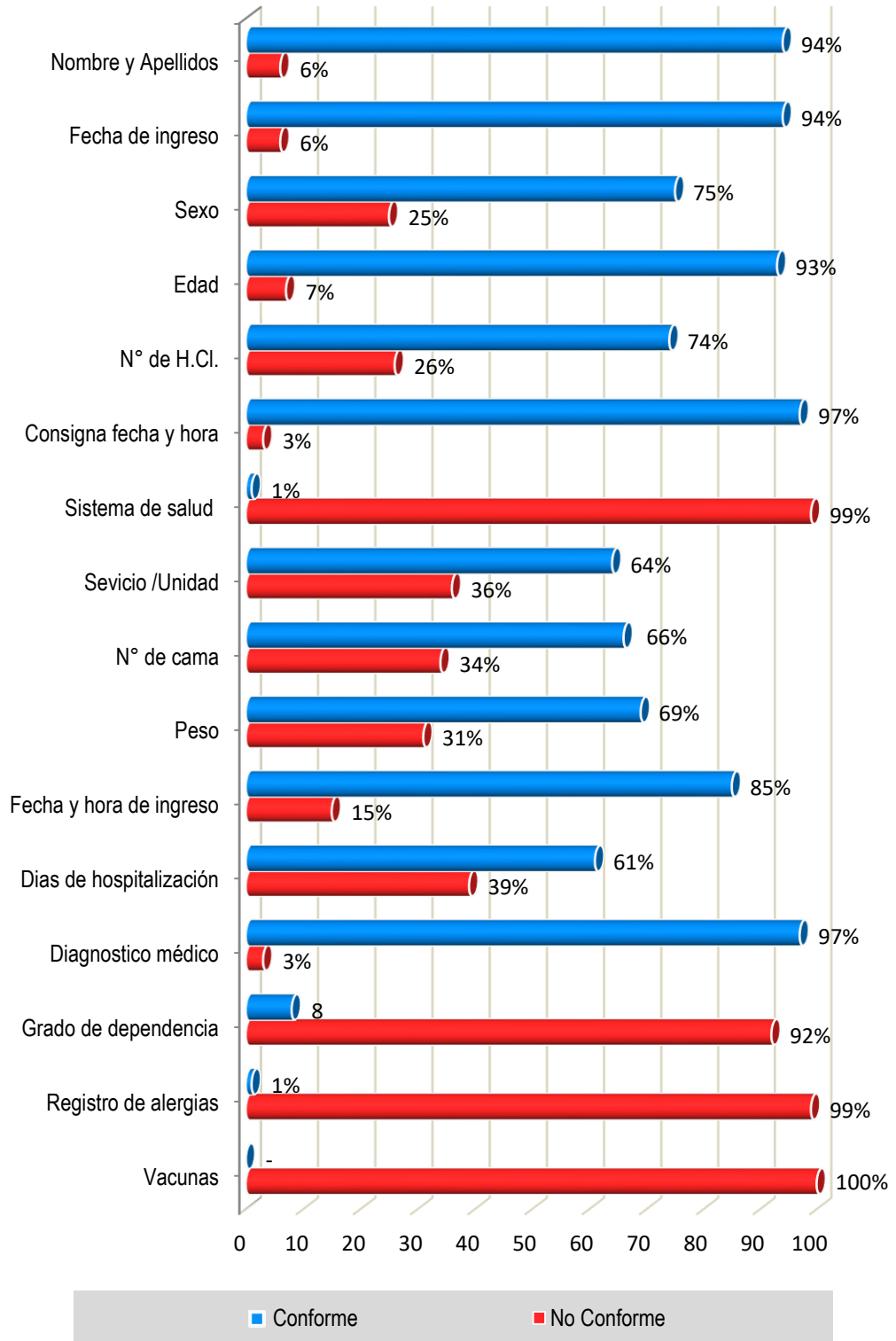
UENTE: Elaboración propia

En el gráfico N° 06 - Valoración -Datos de Filiación del Registro Modelo es posible observar que hay una relativa uniformidad de los porcentajes que concentran la conformidad en los datos nombre y apellido 99%, peso 98%, fecha de ingreso 97%, edad 96%, servicio/unidad 94% y diagnóstico médico 93%; seguido de rangos de menor concentración como grado de dependencia 47%, registro de alergias medicamentosas 21%, vacunas 9%. En cuanto a no conforme los rangos de mayor concentración se encuentran en grado de dependencia 53%, registro de alergias medicamentosas 79% y vacunas 91%. También podemos observar los siguientes datos: sistema de salud al que pertenece conforme 92% y no conforme 8%, consigna fecha y hora conforme 90% y no conforme 10%, N° DE H.CL. Conforme 89% y no conforme 11%, N° de cama conforme 87% y no conforme 13%, fecha y hora de ingreso conforme 84% y no conforme 16%, días de hospitalización 67% conforme y no conforme 33%.

CUADRO N° 7: VALORACIÓN - DATOS DE FILIACIÓN (REGISTRO TRADICIONAL) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Datos de Filiación	Conforme		No Conforme	
	N°	%	N°	%
Nombre y Apellidos	82	94	5	6
Fecha de ingreso	82	94	5	6
Sexo	65	75	22	25
Edad	81	93	6	7
N° de H.Cl.	64	74	23	26
Consigna fecha y hora	84	97	3	3
Sistema de salud que pertenece	1	1	86	99
Servicio /Unidad	56	64	31	36
N° de cama	57	66	30	34
Peso	60	69	27	31
Fecha y hora de ingreso	74	85	13	15
Días de hospitalización	53	61	34	39
Diagnóstico médico	84	97	3	3
Grado de dependencia	7	8	80	92
Registro de alergias medicament.	1	1	86	99
Vacunas	0	0	87	100

**GRAFICO N° 7: VALORACIÓN - DATOS DE FILIACIÓN
(REGISTRO TRADICIONAL) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL INSN 2016**

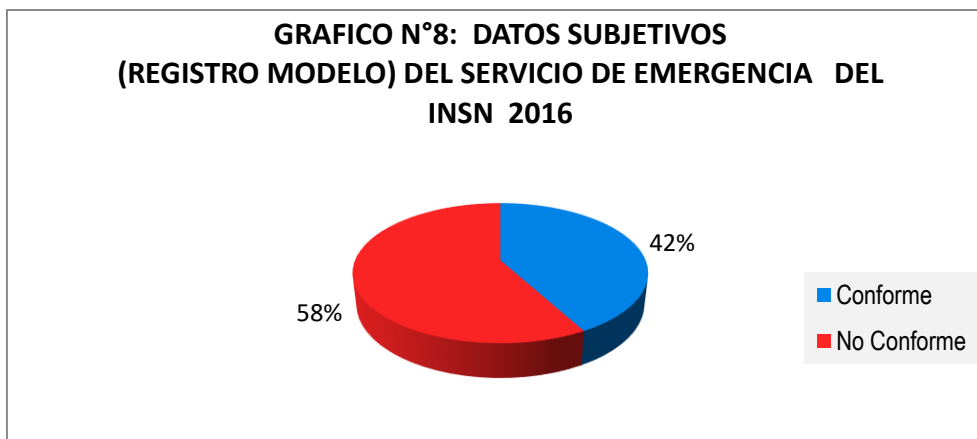


FUENTE: Elaboración propia

En el grafico N° 07 - Valoración -Datos de Filiación del Registro Tradicional presenta que en los ítems de consigna fecha - hora y diagnóstico médico obtuvieron 97% conforme y solo 3% no conformes, en nombre- apellidos y fecha de ingreso 94% conforme y 6% no conforme, seguido de edad con 93% conforme y 7% no conforme, fecha y hora de ingreso 85% conforme y 15% no conforme, sexo y N° de H.Cl. presentaron 75% - 74% conforme respectivamente y 25% - 26% no conforme respectivamente, los ítems peso, N° de cama, servicio – unidad y días de hospitalización obtuvieron conformidad con 69%, 66%, 64% y 61% respectivamente y no conformidad con 31%, 34%, 36%, y 39% respectivamente, mientras que vacunas evidencia 100% de no conforme, registro de alergias y sistema de salud al que pertenece 99% no conforme y 1% conforme, finalmente grado de dependencia con 92% no conforme y solo 8% conforme.

CUADRO N°8: DATOS SUBJETIVOS (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme	
	N°	%	N°	%
Datos Subjetivos	37	42	52	58



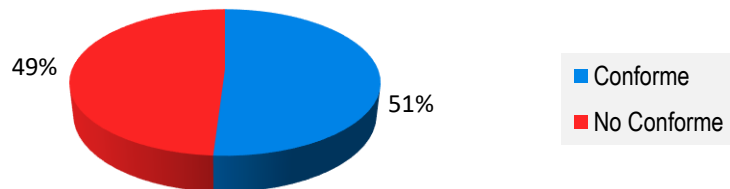
Fuente: Elaboración Propia

El gráfico N° 08 muestra que el llenado del registro modelo en cuanto a datos subjetivos se realizó de manera conforme en un 42% y no conforme en un 58%, siendo el de mayor significancia el no conforme.

**CUADRO N°9: DATOS SUBJETIVOS (REGISTRO TRADICIONAL) DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016**

Valoración	Conforme		No Conforme	
	N°	%	N°	%
Datos Subjetivos	44	51	43	49

**GRAFICO N°9: DATOS SUBJETIVOS
(REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL INSN 2016**



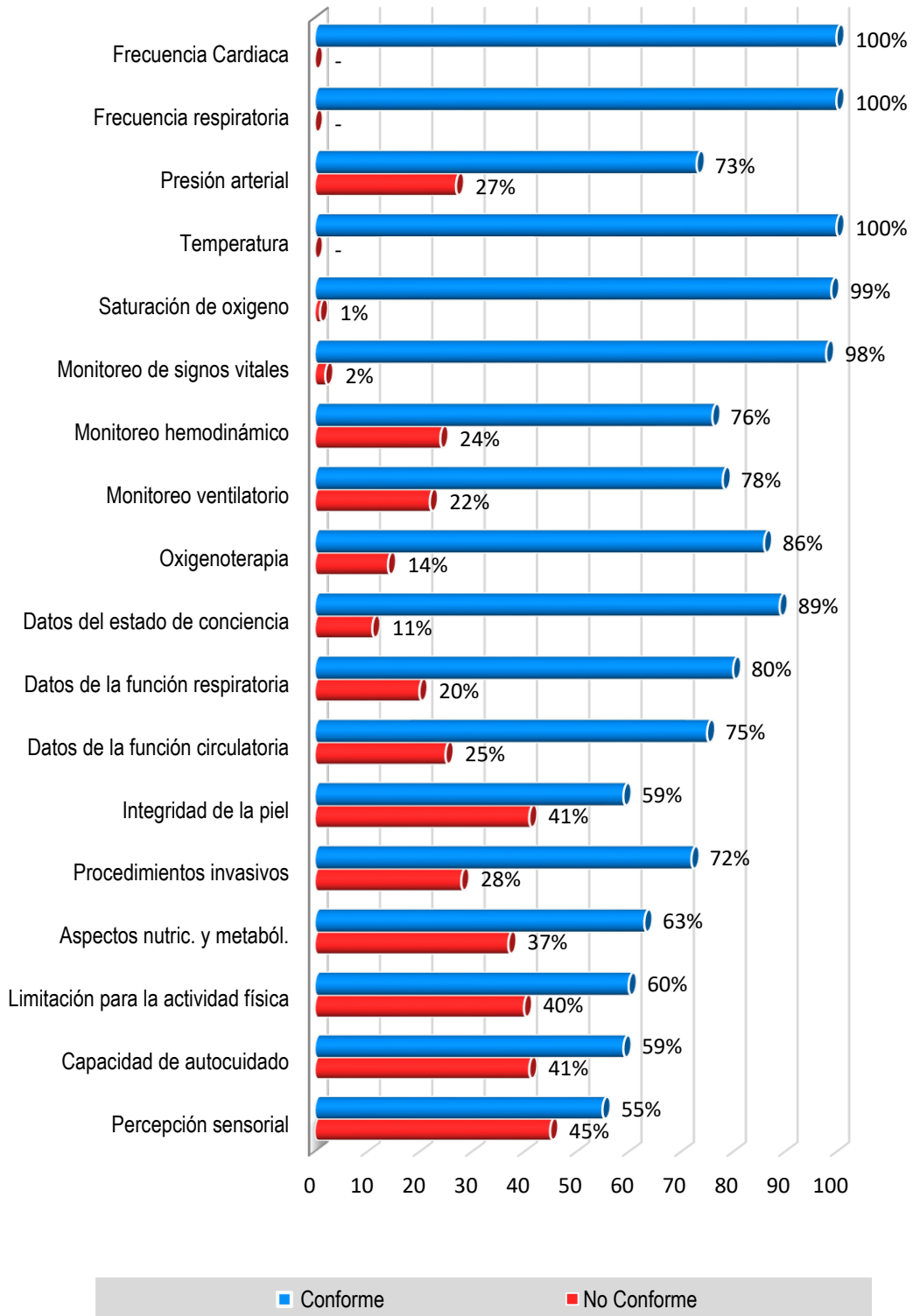
Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico N° 09 acerca de datos subjetivos – registro tradicional muestra 51% conforme y 49% no conforme.

CUADRO N° 10: VALORACIÓN - DATOS DEL ASPECTO FISICO -MONITOREO (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Frecuencia Cardiaca	89	100	0	0	0
Frecuencia respiratoria	89	100	0	0	0
Presión arterial	65	73	24	27	0
Temperatura	89	100	0	0	0
Saturación de oxígeno	88	99	1	1	0
Monitoreo de signos vitales	86	98	2	2	1
Monitoreo hemodinámico	58	76	18	24	13
Monitoreo ventilatorio	42	78	12	22	35
Oxigenoterapia	54	86	9	14	26
Datos del estado de conciencia	78	89	10	11	1
Datos de la función respiratoria	70	80	17	20	2
Datos de la función circulatoria	66	75	22	25	1
Integridad de la piel	52	59	36	41	1
Procedimientos invasivos	60	72	23	28	6
Aspectos nutric. y metaból.	55	63	32	37	2
Limitación para la actividad física	52	60	35	40	2
Capacidad de autocuidado	50	59	35	41	4
Percepción sensorial	48	55	39	45	2

**GRAFICO N° 10: VALORACIÓN - DATOS DEL ASPECTO FISICO -
MONITOREO (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL INSN 2016**



Fuente: Elaboración Propia

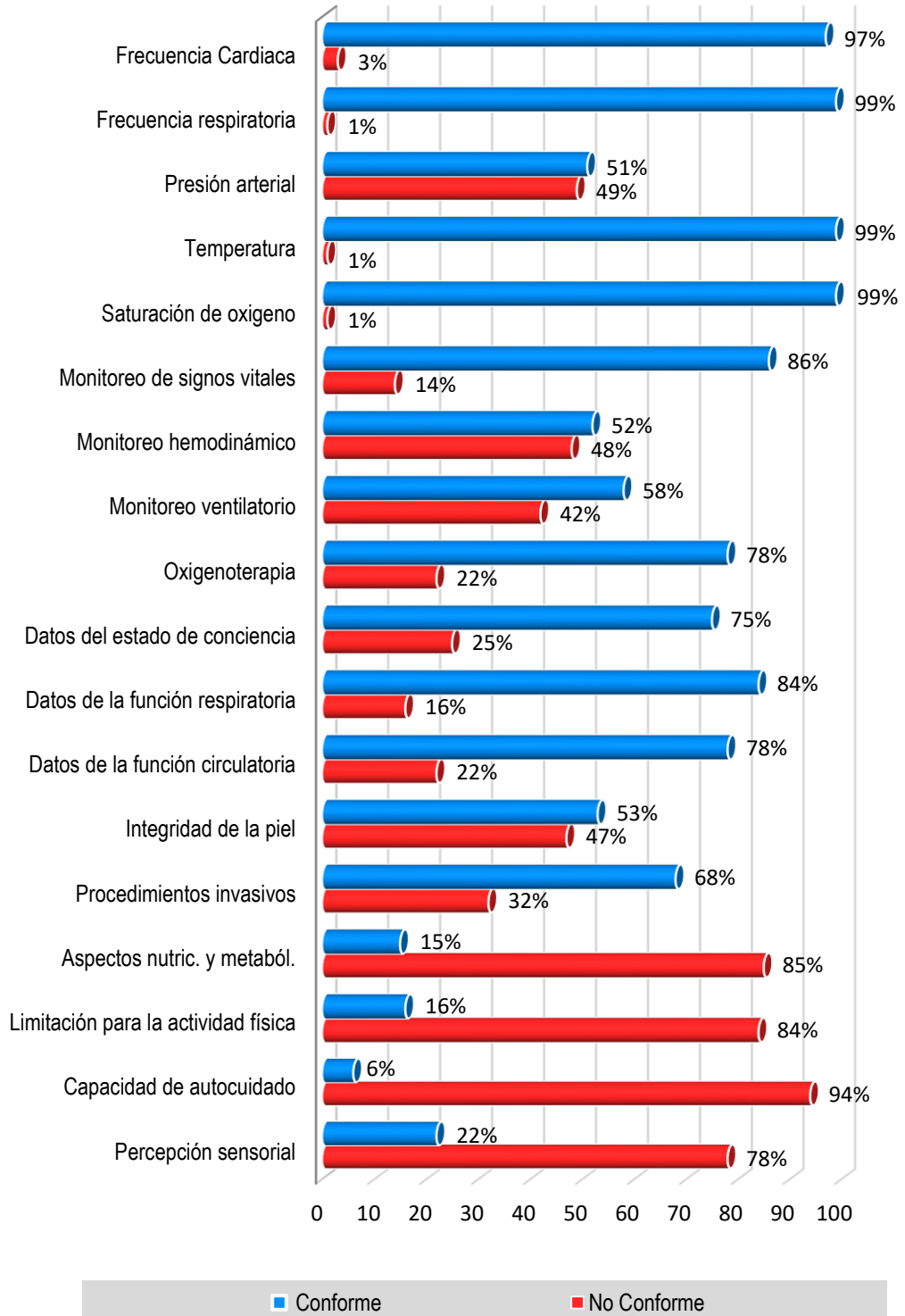
En el gráfico N° 10 -Valoración-Datos del aspecto físico-Monitoreo del Registro Modelo se puede observar rangos de mayor concentración en cuanto a conforme distribuyéndose así: frecuencia cardiaca conforme 100%, frecuencia respiratoria conforme 100%, temperatura conforme 100%, saturación de oxígeno conforme 99%, monitoreo de signos vitales conforme 98%.

También encontramos los siguientes datos: datos del estado de conciencia 89% conforme y 11% no conforme, oxigenoterapia 86% conforme y 14 % no conforme, datos de la función respiratoria 80% conforme y 20% no conforme, monitoreo ventilatorio 78% conforme y 22% no conforme, monitoreo hemodinámico 76% conforme y 24% no conforme, datos de la función circulatoria 75% conforme y 25% no conforme, presión arterial 73% conforme y 27% no conforme, procedimientos invasivos 72% conforme y 28% no conforme ,aspecto nutricional y metabólico conforme 63% y 37% no conforme, limitación para la actividad física 60% conforme y 40 % no conforme, capacidad de autocuidado 59% conforme y 41% no conforme, integridad de la piel 59% conforme y 41% no conforme y por último percepción sensorial 55% conforme y 45% no conforme.

CUADRO N° 11: VALORACIÓN - DATOS DEL ASPECTO FISICO -MONITOREO (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Frecuencia Cardiaca	84	97	43	49	0
Frecuencia respiratoria	86	99	3	3	0
Presión arterial	44	51	1	1	0
Temperatura	86	99	42	49	1
Saturación de oxígeno	86	99	1	1	0
Monitoreo de signos vitales	75	86	1	1	0
Monitoreo hemodinámico	42	52	12	14	0
Monitoreo ventilatorio	39	78	39	48	6
Oxigenoterapia	65	75	28	42	20
Datos del estado de conciencia	72	84	16	22	15
Datos de la función respiratoria	66	78	22	25	0
Datos de la función circulatoria	46	53	14	16	1
Integridad de la piel	13	15	19	22	2
Procedimientos invasivos	14	16	41	47	0
Aspectos nutric. y metaból.	5	6	25	32	9
Limitación para la actividad física	18	22	73	84	0
Capacidad de autocuidado	74	85	78	94	4
Percepción sensorial	18	22	4	78	5

GRAFICO N°11: VALORACIÓN - DATOS DEL ASPECTO FISICO - MONITOREO (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016



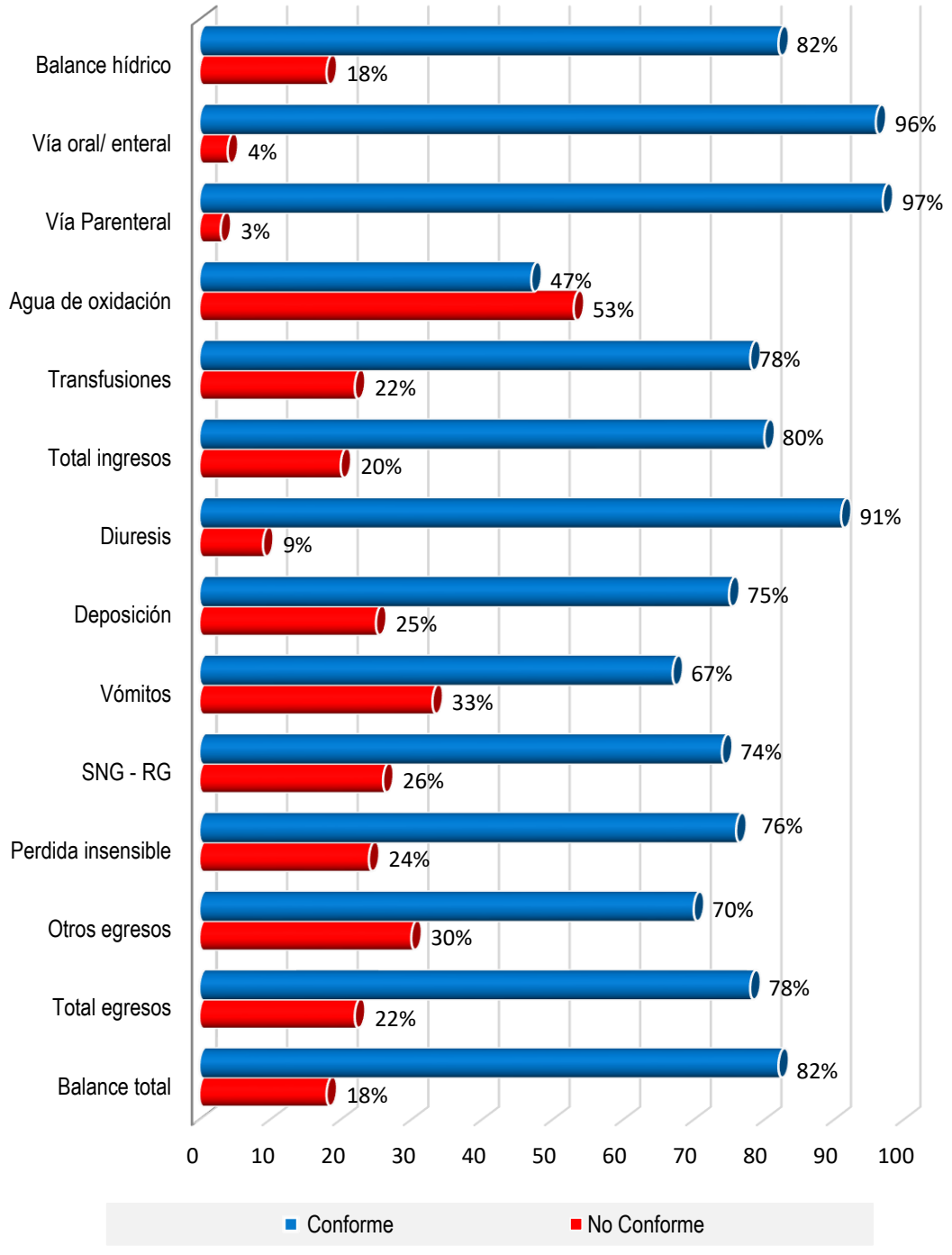
Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico N° 11-Valoración-Datos del aspecto físico-Monitoreo del Registro Tradicional, la mayoría de los ítems alcanzó porcentajes más altos en conformidad, es así que se tiene en monitoreo de la frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno 99% en conforme y 1% no conforme, seguido de frecuencia cardíaca con 97% conforme y 3% no conforme, monitoreo de signos vitales y datos de función respiratoria con 86% - 84% de conformidad respectivamente y 14% - 16% en no conformidad, Oxigenoterapia y datos de la función respiratoria obtuvieron 78% en conforme y 22% en no conforme, datos del estado de conciencia 75% conforme y 25% no conforme, los ítems monitoreo ventilatorio, integridad de la piel, monitoreo hemodinámico y presión arterial presentaron 58%, 53%, 52% y 51% en conforme respectivamente y 42%, 47%, 48% y 49% en no conformidad, mientras que capacidad de autocuidado obtuvo el más bajo puntaje en conforme con solo 6% y 94% no conforme, seguido de aspectos nutricionales y metabólicos con 15% conforme y 85% no conforme, limitación para la actividad física 16% conforme y 84% no conforme y finalmente percepción sensorial con 22% conforme y 78% no conforme.

CUADRO N° 12: DATOS DEL ASPECTO FISICO - BALANCE HIDRICO (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Balance hídrico	72	82	16	18	1
Vía oral/ enteral	85	96	4	4	0
Vía Parenteral	84	97	5	3	0
Agua de oxidación	31	47	35	53	23
Transfusiones	29	78	8	22	52
Total ingresos	69	80	17	20	3
Diuresis	79	91	10	9	0
Deposición	67	75	22	25	0
Vómitos	47	67	23	33	19
SNG - RG	34	74	12	26	43
Perdida insensible	61	76	19	24	9
Otros egresos	60	70	26	30	3
Total egresos	68	78	19	22	2
Balance total	70	82	15	18	4

**GRAFICO N° 12: DATOS DEL ASPECTO FISICO - BALANCE HIDRICO
(REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN
2016**

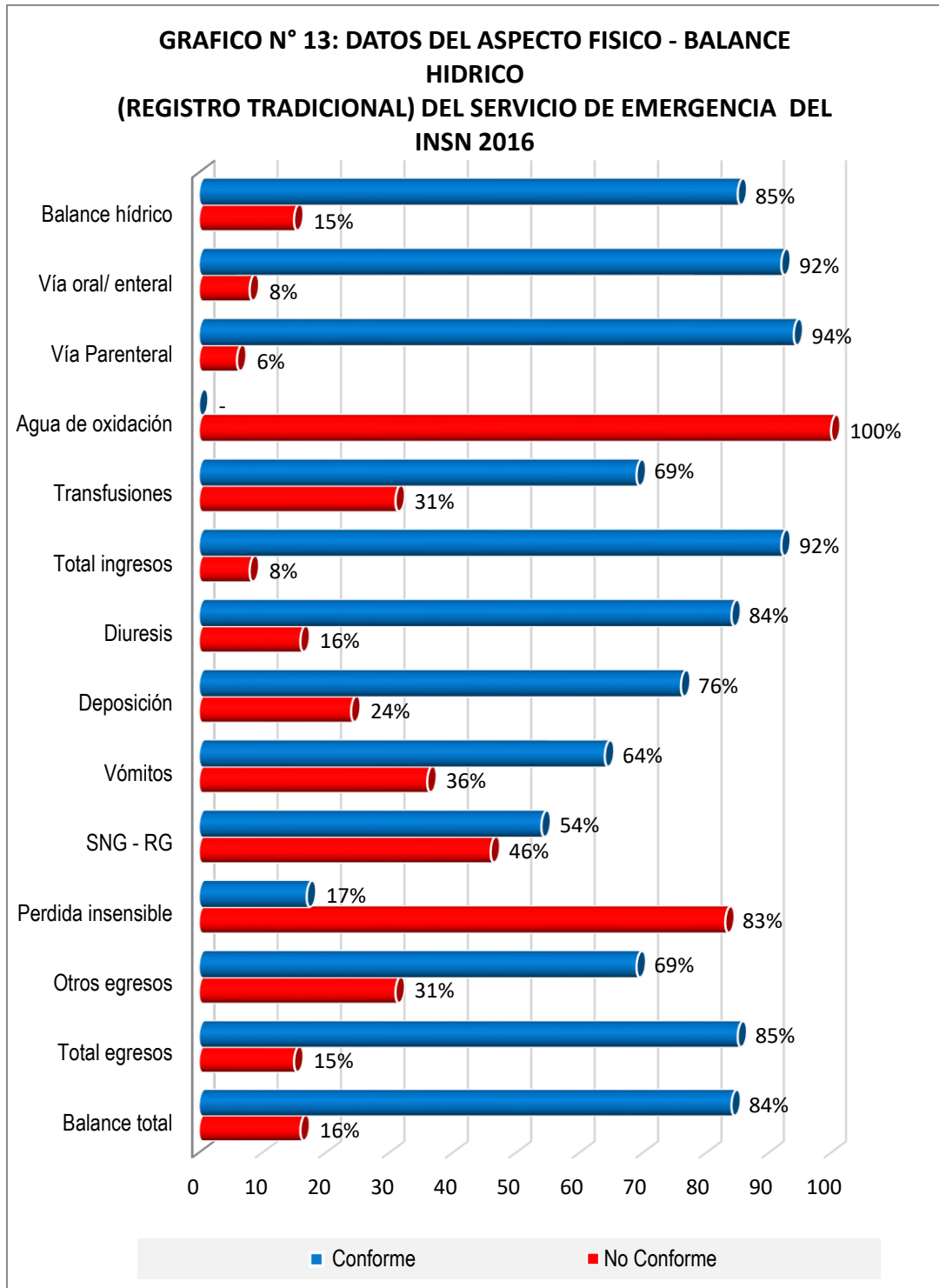


Fuente: Elaboración Propia

En el grafico N°12 - Datos del aspecto físico – balance hídrico del Registro Modelo, demuestra que el llenado del registro modelo lo realizan de manera conforme en más de 70%, distribuyéndose de la siguiente manera: balance hídrico 82% conforme y 18 % no conforme, vida oral/enteral 96% conforme y 4% no conforme, vía parenteral 97% conforme y 3% no conforme, agua de oxidación 47% conforme y 53% no conforme, transfusiones 78% conforme y 22% no conforme, total de ingresos 80% conforme y 20% no conforme, diuresis 91% conforme y 9% no conforme, deposición 75% conforme y 25% no conforme, vómitos 67% conforme y 33% no conforme, SNG – RG 74% conforme y 26% no conforme, perdidas insensibles 76% conforme y 24% no conforme, otros egreso 70% conforme y 30% no conforme, total de egresos 78% conforme y 22 % no conforme y por último balance total 82% conforme y 18% no conforme

CUADRO N° 13: DATOS DEL ASPECTO FISICO - BALANCE HIDRICO (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Balance hídrico	74	85	13	15	0
Vía oral/ enteral	80	92	5	6	2
Vía Parenteral	0	0	87	100	0
Agua de oxidación	41	69	18	31	28
Transfusiones	80	92	7	8	0
Total ingresos	69	80	17	20	0
Diuresis	73	84	14	16	0
Deposición	66	76	21	24	0
Vómitos	53	64	30	36	4
SNG - RG	41	54	35	46	11
Perdida insensible	15	17	72	83	0
Otros egresos	54	69	24	31	9
Total egresos	74	85	13	15	0
Balance total	73	84	14	16	0

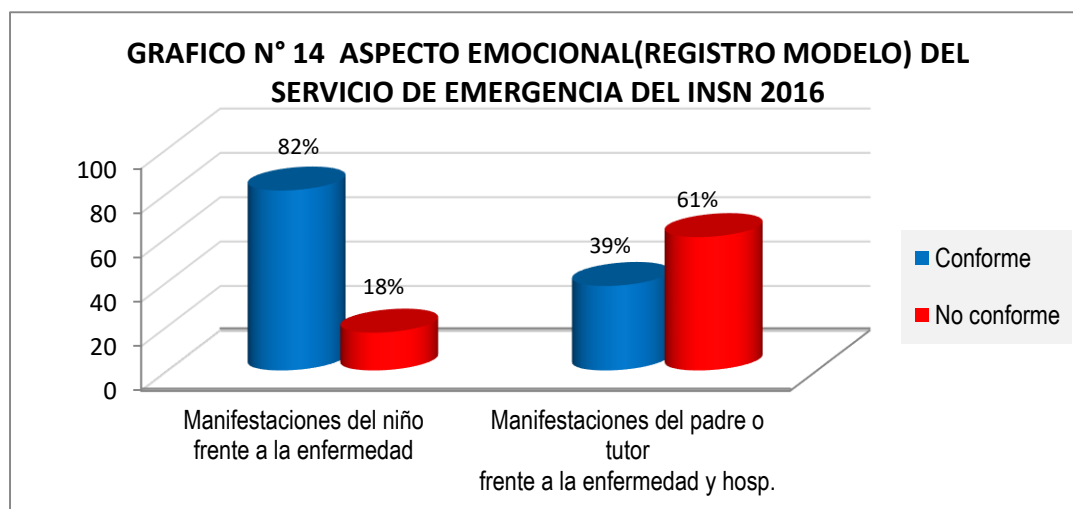


Fuente: Elaboración Propia

En el grafico N° 13 Datos del aspecto físico – balance hídrico del Registro Tradicional se observa que: registro de vía parenteral obtuvo 94% conforme y 6%no conforme, vía oral y total de ingresos 92% conforme y 8% no conforme, seguido de balance hídrico y total egresos con 85% conforme - 15% no conforme, diuresis y balance total 84% conforme - 16% no conforme, deposición 76% conforme y 24% no conforme, transfusiones y otros egresos 69% conforme y 31% no conforme, los ítems vómito y SNG-RG 64% y 54% conforme respectivamente y 36% - 46% no conforme, a diferencia de agua de oxidación que presento 0% de conformidad y 100% de no conforme y por ultimo perdidas insensibles solo 17% de conformidad y 83% no conforme.

CUADRO N° 14 ASPECTO EMOCIONAL(REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Manifestaciones del niño frente a la enfermedad	34	82	49	18	6
Manifestaciones del padre o tutor frente a la enfermedad y hosp.	34	39	55	61	0

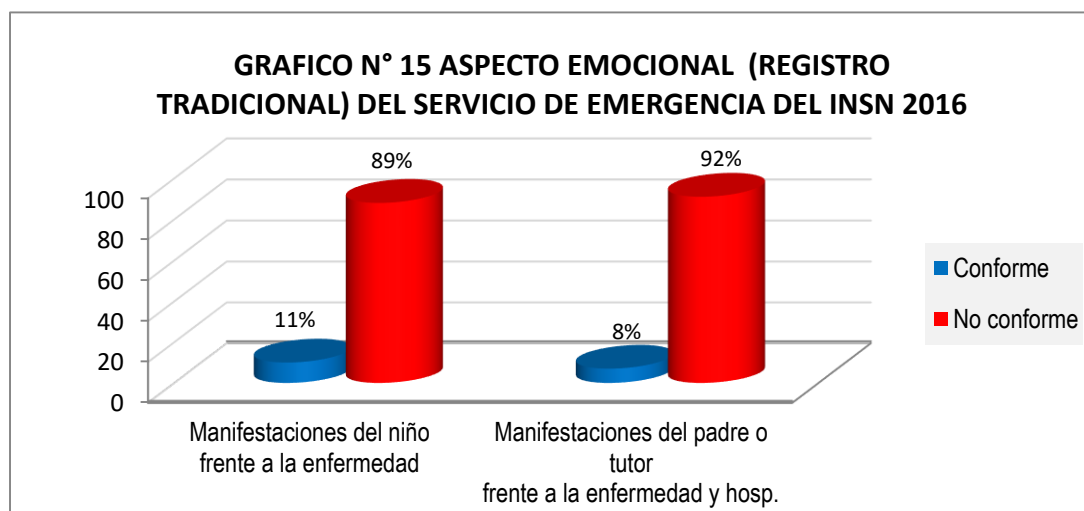


Fuente: Elaboración propia

En el grafico N°14 Aspecto emocional - Registro Modelo, muestra que en manifestaciones del niño el rango de mayor porcentaje es el conforme en un 82% y el de menor porcentaje el no conforme en un 18%, seguido de manifestaciones del padre o tutor en un 39% siendo conforme y 61% no conforme.

CUADRO N° 15 ASPECTO EMOCIONAL(REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Manifestaciones del niño frente a la enfermedad	34	82	49	18	6
Manifestaciones del padre o tutor frente a la enfermedad y hosp.	34	39	55	61	0

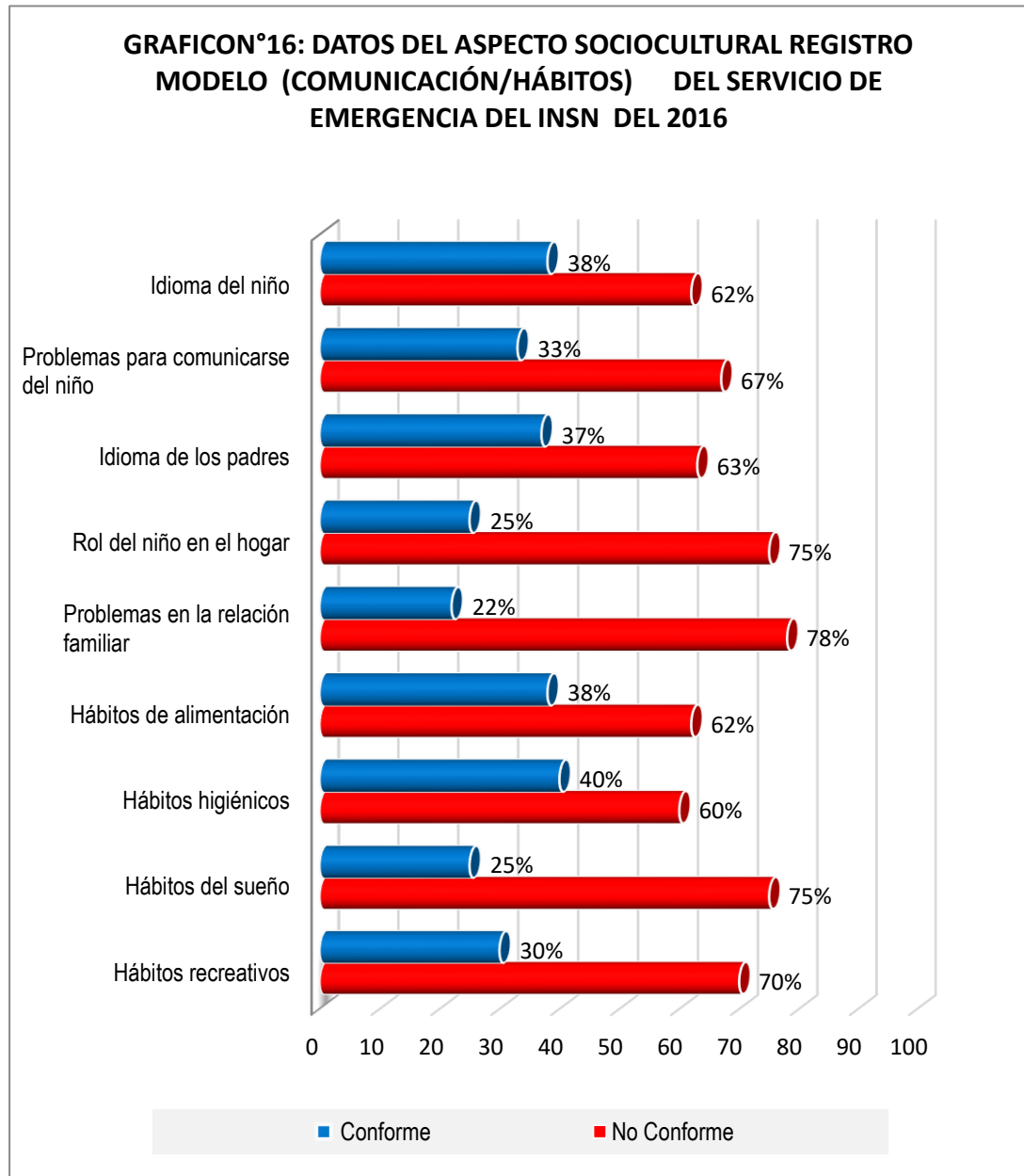


Fuente: Elaboración propia

El gráfico N° 15 muestra que el rango de mayor porcentaje es el no conforme, es así que en el ítem manifestaciones del padre o tutor frente a la enfermedad y hospitalización se obtuvo 92% no conforme y solo 8% conforme, en manifestaciones del niño frente a la enfermedad 89% no conforme y 11% conforme.

CUADRO N°16: DATOS DEL ASPECTO SOCIOCULTURAL REGISTRO MODELO (COMUNICACIÓN/HÁBITOS) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN DEL 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Idioma del niño	33	38	55	62	1
Problemas para comunicarse del niño	29	33	58	67	2
Idioma de los padres	31	37	58	63	0
Rol del niño en el hogar	21	25	64	75	4
Problemas en la relación familiar	19	22	66	78	4
Hábitos de alimentación	34	38	55	62	0
Hábitos higiénicos	36	40	53	60	0
Hábitos del sueño	22	25	67	75	0
Hábitos recreativos	16	30	72	70	1



Fuente: Elaboración Propia

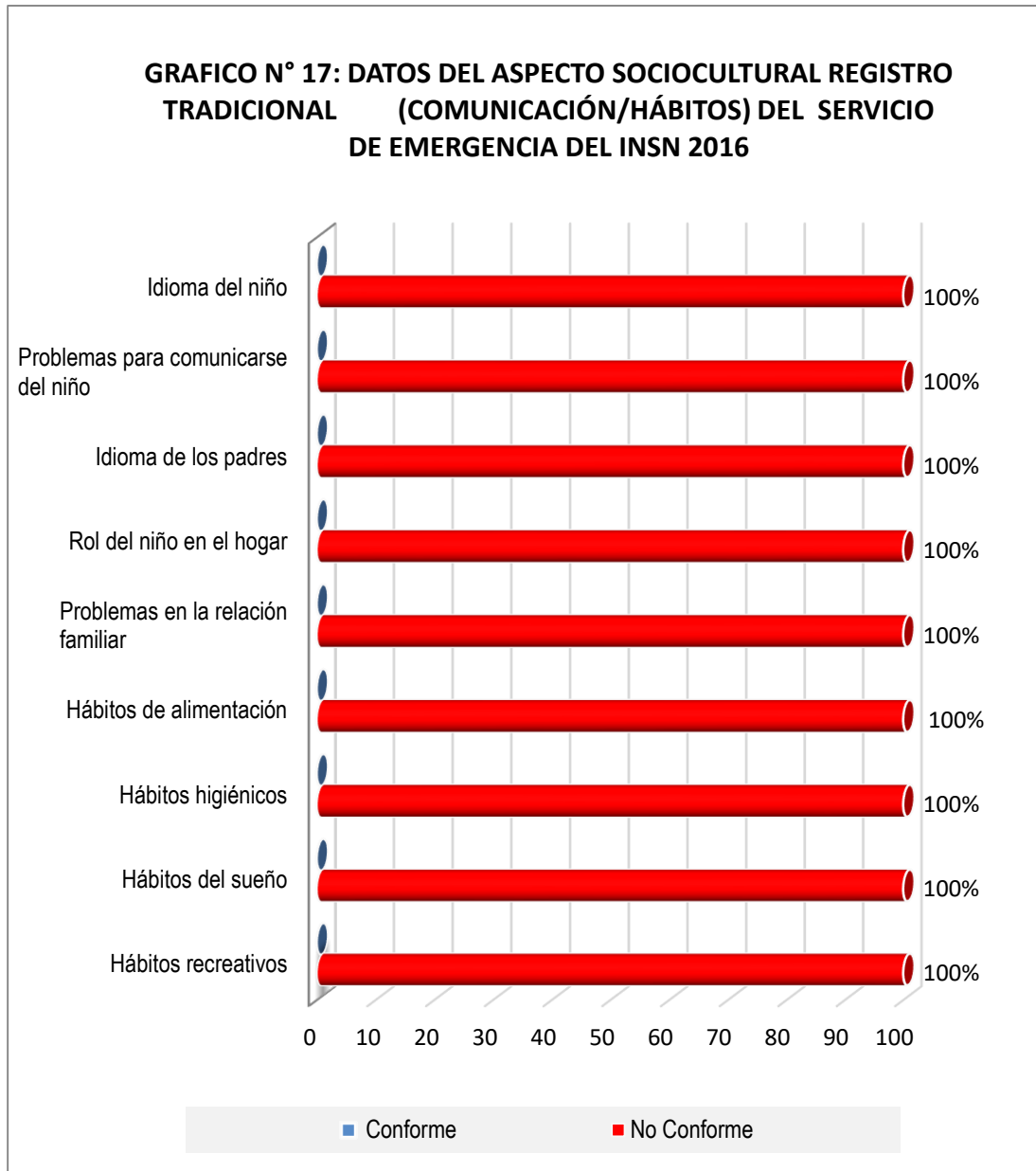
Como podemos observar el grafico N°16 – datos del aspecto sociocultural – comunicación/hábitos del Registro Modelo está distribuido en idioma del niño, problemas para comunicarse, idioma de los padres, rol del niño en el hogar, problemas en la relación familiar, hábitos de alimentación, hábitos higiénicos,

hábitos del sueño, hábitos recreativos, siendo los de mayor porcentaje en cuanto a problemas en la relación familiar el no conforme en un 78% y en hábitos higiénicos el conforme en un 40%.

Sin embargo existe similitudes en los rangos de los datos del aspecto cultural – comunicación / hábitos, en cuanto idioma del niño en un 38% conforme y un 62% no conforme, problemas para comunicarse en un 33% conforme y en un 67% no conforme, idioma de los padres en un 37% conforme y en un 63% no conforme, rol del niño en el hogar en un 25% conforme y en un 75% no conforme, problemas en la relación familiar en un 22% conforme y en un 78% no conforme, hábitos de alimentación en un 38% conforme y en un 62% no conforme, hábitos higiénicos en un 40% conforme y en un 60% no conforme, hábitos del sueño en un 25% conforme y en un 75% no conforme, por último en hábitos recreativos el 30% se encuentra conforme y el 70% no conforme.

CUADRO N°17: DATOS DEL ASPECTO SOCIOCULTURAL REGISTRO TRADICIONAL (COMUNICACIÓN/HÁBITOS) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN DEL 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Idioma del niño	0	0	87	100	0
Problemas para comunicarse del niño	0	0	87	100	0
Idioma de los padres	0	0	87	100	0
Rol del niño en el hogar	0	0	87	100	0
Problemas en la relación familiar	0	0	87	100	0
Hábitos de alimentación	0	0	87	100	0
Hábitos higiénicos	0	0	87	100	0
Hábitos del sueño	0	0	87	100	0
Hábitos recreativos	0	0	87	100	0

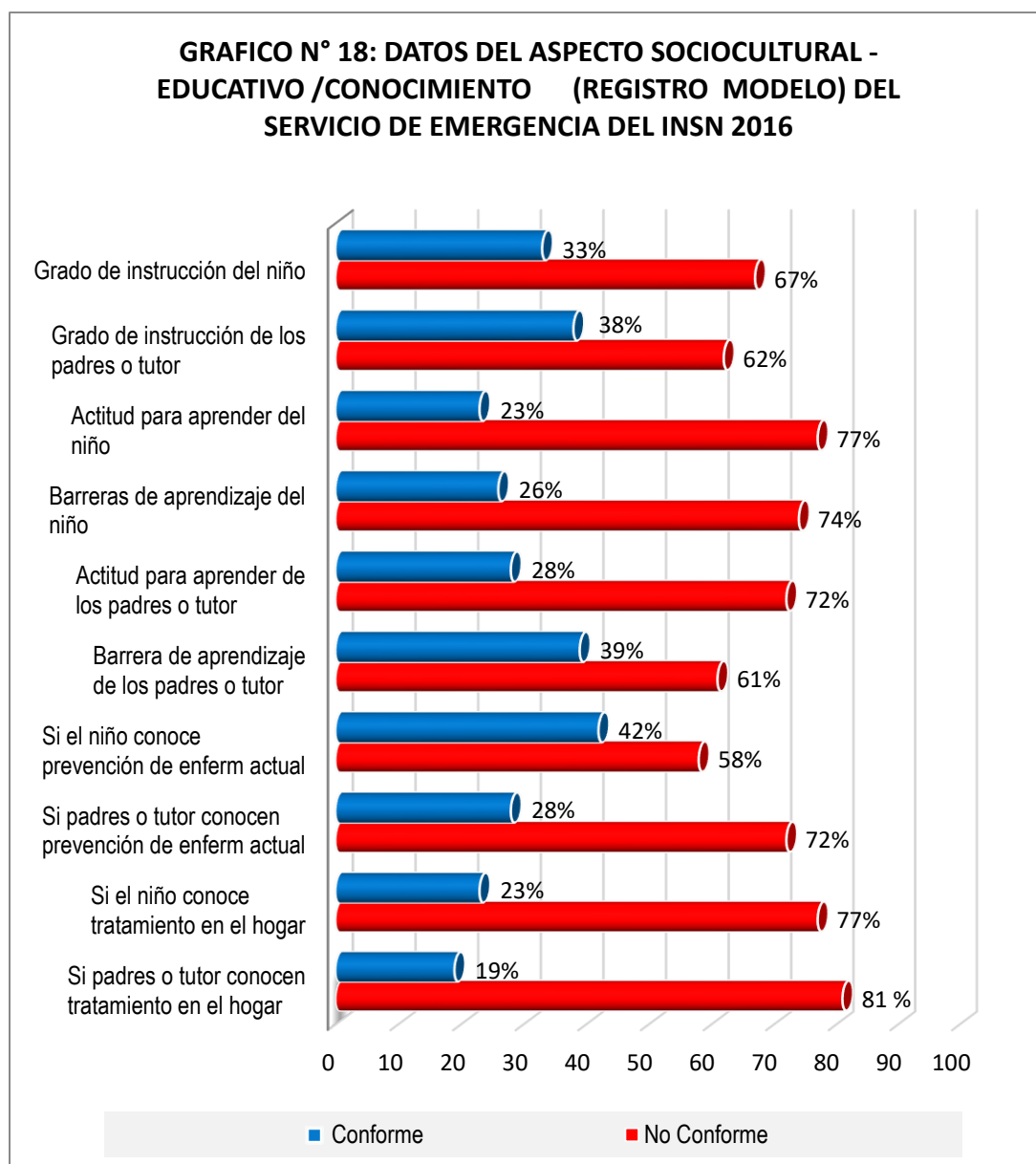


Mientras que en grafico N° 17 – datos del aspecto sociocultural – comunicación/hábitos del registro tradicional se observa que todos los ítems como son idioma del niño, problemas para comunicarse, idioma de los padres, rol del niño en el hogar, problemas en la relación familiar, hábitos de

alimentación, hábitos higiénicos, hábitos del sueño y hábitos recreativos presentaron 100% no conforme.

CUADRO N° 18: DATOS DEL ASPECTO SOCIOCULTURAL - EDUCATIVO /CONOCIMIENTO (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Grado de instrucción del niño	26	33	54	67	9
Grado de instrucción de los padres o tutor	34	38	55	62	0
Actitud para aprender del niño	17	23	58	77	14
Barreras de aprendizaje del niño	20	26	57	74	12
Actitud para aprender de los padres o tutor	25	28	63	72	1
Barrera de aprendizaje de los padres o tutor	34	39	54	61	1
Si el niño conoce prevención de enferm actual	33	42	45	58	11
Si padres o tutor conocen prevención de enfermedad actual	25	28	64	72	0
Si el niño conoce tratamiento en el hogar	17	23	58	77	14
Si padres o tutor conocen tratamiento en el hogar	17	19	61	81	1



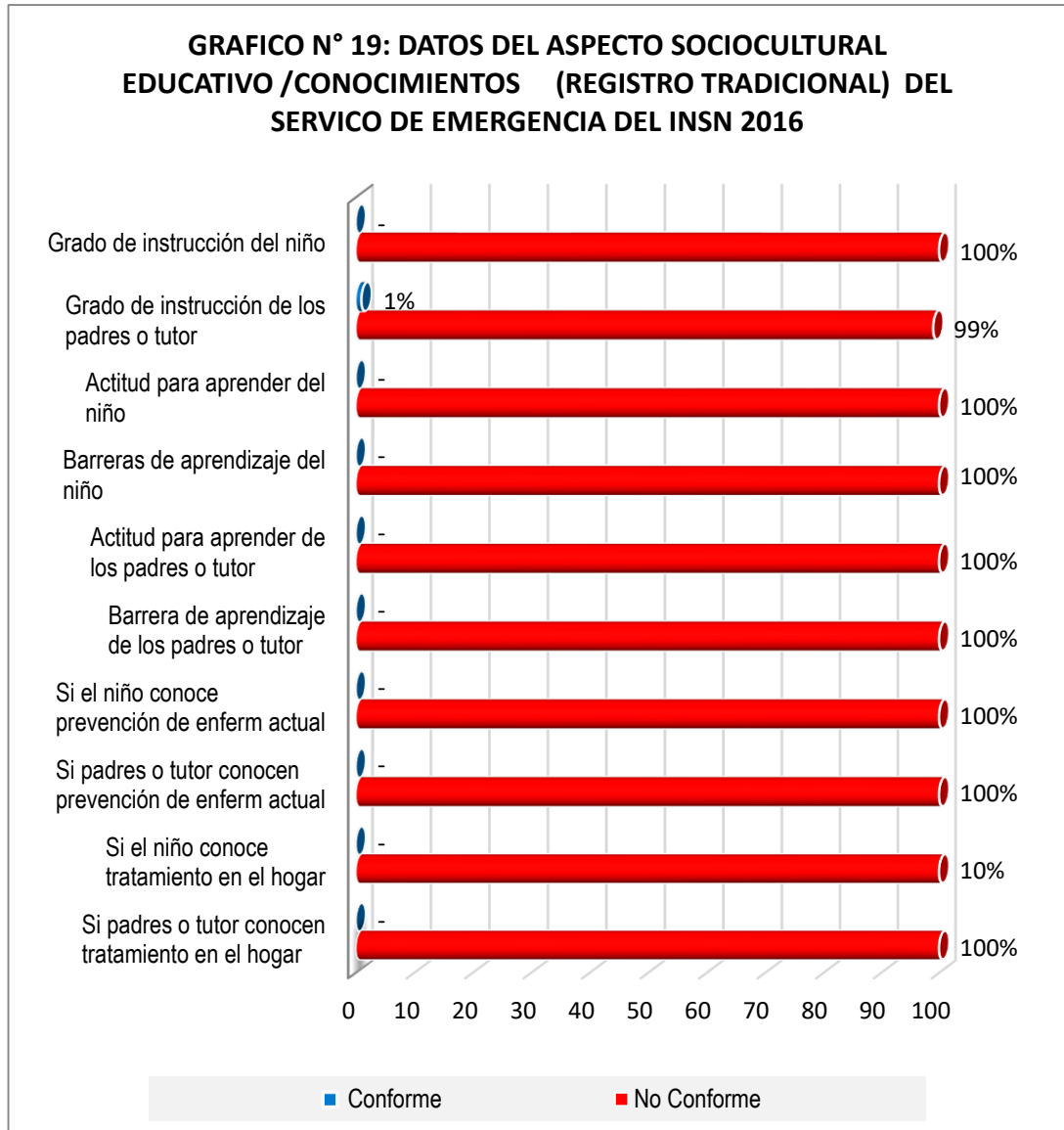
Fuente: Elaboración Propia

En el Grafico N° 18 datos del aspecto sociocultural – educativo / conocimientos del registro modelo podemos observar que los rangos de mayor porcentaje son los no conformes en más de 50% en cada ítems siendo distribuido de la siguiente manera: grado de instrucción del niño 67% no conforme, grado de instrucción de los padres en un 62% no conforme, actitud para aprender del niño en un 77% no conforme, barreras de aprendizaje del niño en un 74% no conforme, actitud para aprender de los padres o tutor en

un 72% no conforme, barrera de aprendizaje de los padres o tutor en un 61% no conforme, si el niño conoce prevención de enfermedades en un 58% no conforme, si padres o tutor conocen prevención de enfermedades en un 72% no conforme, si el niño conoce el tratamiento en el hogar en un 77% no conforme, si padres o turo conocen tratamiento en el hogar en un 81% no conforme. También observamos que los de menor porcentaje pero que no deja de tener valor son distribuidos de la siguiente manera: grado de instrucción del niño 33% conforme, grado de instrucción del padre o tutor 38% conforme, actitud para aprender del niño 23% conforme, barreras de aprendizaje del niño 26% conforme, actitud para aprender de los padres o tutor 28% conforme, barreras de aprendizaje de los padres o tutor 39% conforme, si el niño conoce prevención de enfermedades 42% conforme, si padres o tutor conocen prevención de enfermedades 28% conforme, si el niño conoce tratamiento en el hogar 23% conforme, si padres o tutor conocen tratamiento en el hogar 19% conforme.

CUADRO N° 19: DATOS DEL ASPECTO SOCIOCULTURAL - EDUCATIVO /CONOCIMIENTO (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Valoración	Conforme		No Conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Grado de instrucción del niño	0	0	87	100	0
Grado de instrucción de los padres o tutor	1	1	86	99	0
Actitud para aprender del niño	0	0	87	100	0
Barreras de aprendizaje del niño	0	0	87	100	0
Actitud para aprender de los padres o tutor	0	0	87	100	0
Barrera de aprendizaje de los padres o tutor	0	0	87	100	0
Si el niño conoce prevención de enferm actual	0	0	87	100	0
Si padres o tutor conocen prevención de enfermedad actual	0	0	64	100	0
Si el niño conoce tratamiento en el hogar	0	0	58	100	14
Si padres o tutor conocen tratamiento en el hogar	0	0	61	100	1



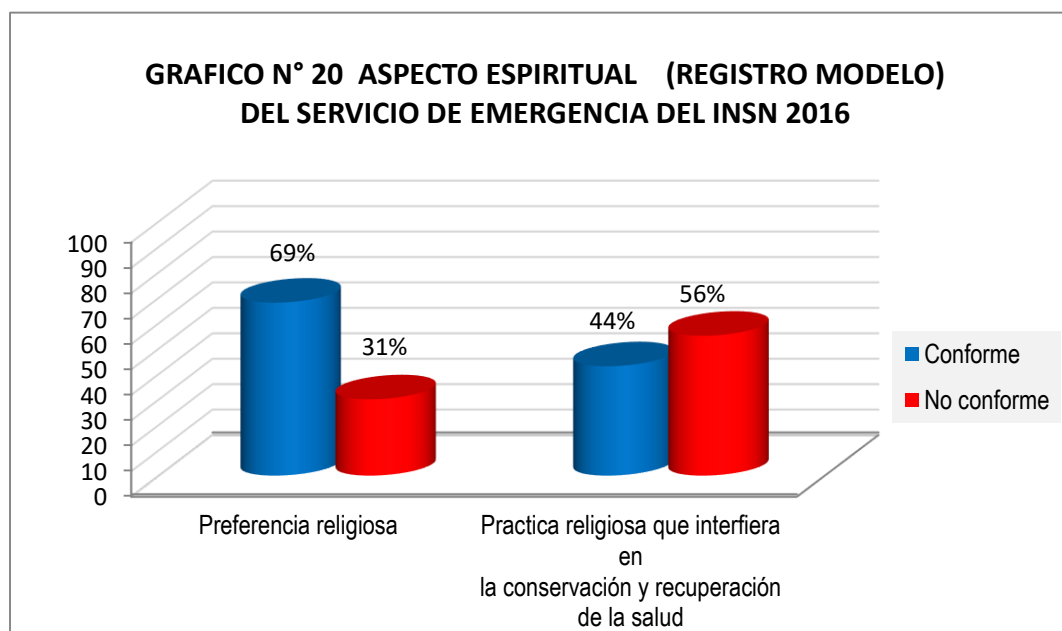
Fuente: Elaboración Propia

Mientras que en grafico N° 19 – datos del aspecto sociocultural – educativo / conocimientos del registro tradicional se observa que todos los ítems como son grado de instrucción del niño, actitud para aprender del niño, barreras de aprendizaje del niño, actitud para aprender de los padres o tutor, si el niño conoce prevención de enfermedad, si los padres o tutor conocen prevención de la enfermedad, si el niño conoce tratamiento en el hogar y si padres o tutor conocen tratamiento en el hogar presentaron 100% no conforme, solo el

ítem grado de instrucción de los padres o tutor obtuvo 1% en conforme lo que no es significativo.

**CUADRO N° 20 ASPECTO ESPIRITUAL (REGISTRO MODELO)
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016**

Valoración	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Preferencia religiosa	61	69	28	31	0
Práctica religiosa que interfiera en la conservación y recuperación de la salud	39	44	50	56	0

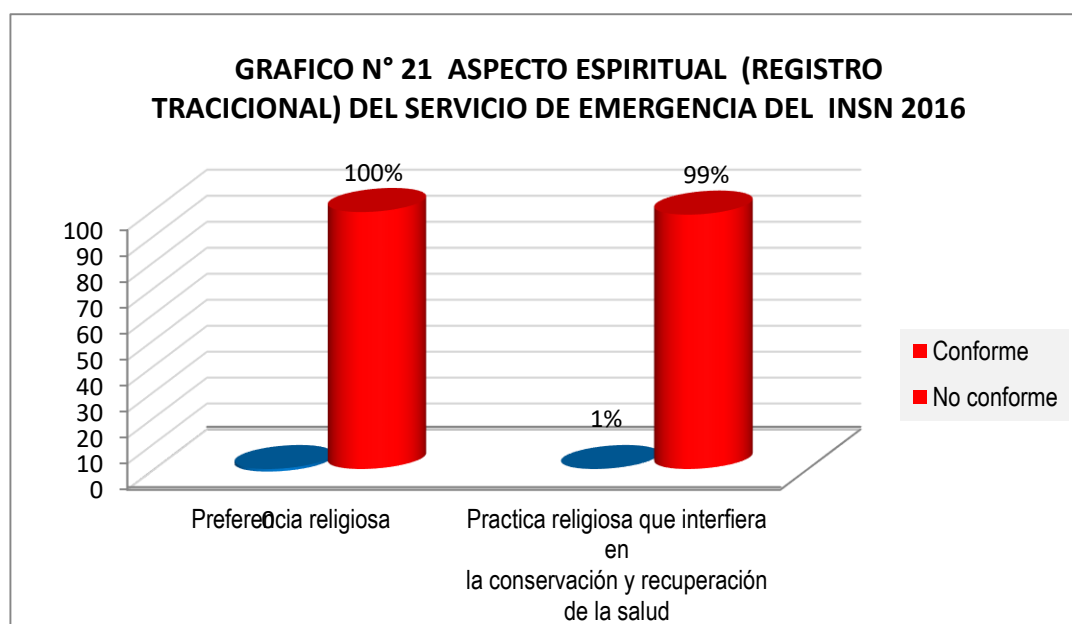


Fuente: Elaboración Propia

El gráfico N° 20 Aspecto espiritual del registro modelo se distribuye de la siguiente manera: preferencia religiosa 69% conforme y 31% no conforme, práctica religiosa que interfiera en la conservación y recuperación de la salud 44% conforme y 56% no conforme. Siendo los datos de mayor rango en preferencia religiosa el 69% conforme y en práctica religiosa que interfiere en la conservación y recuperación de la salud 56% no conforme.

**CUADRO N° 21 ASPECTO ESPIRITUAL (REGISTRO TRADICIONAL)
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016**

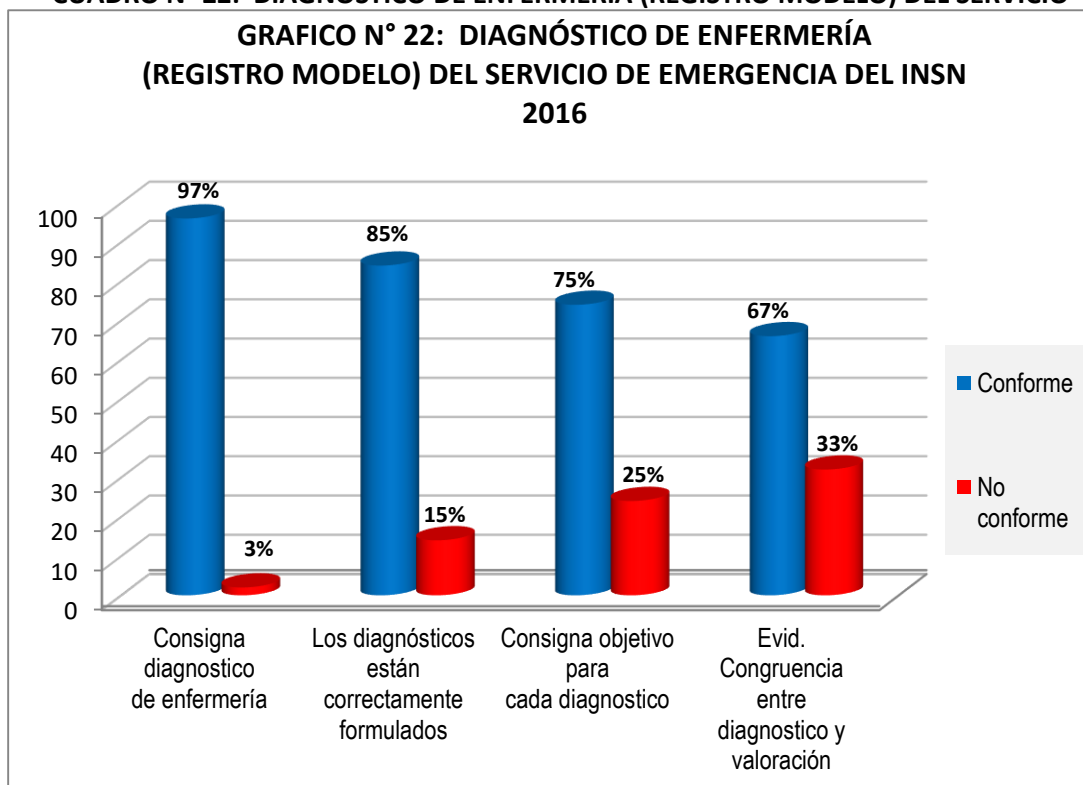
Valoración	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Preferencia religiosa	0	0	87	100	0
Práctica religiosa que interfiera en la conservación y recuperación de la salud	1	1	86	99	0



Fuente: Elaboración Propia

A diferencia del gráfico N° 21 que muestra mayor significancia de no conformidad en ambos ítems, presentando así preferencia religiosa del paciente 100% no conforme y prácticas religiosas que influyen en la conservación de la salud 99% no conforme.

CUADRO N° 22: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO



Fuente: Elaboración Propia

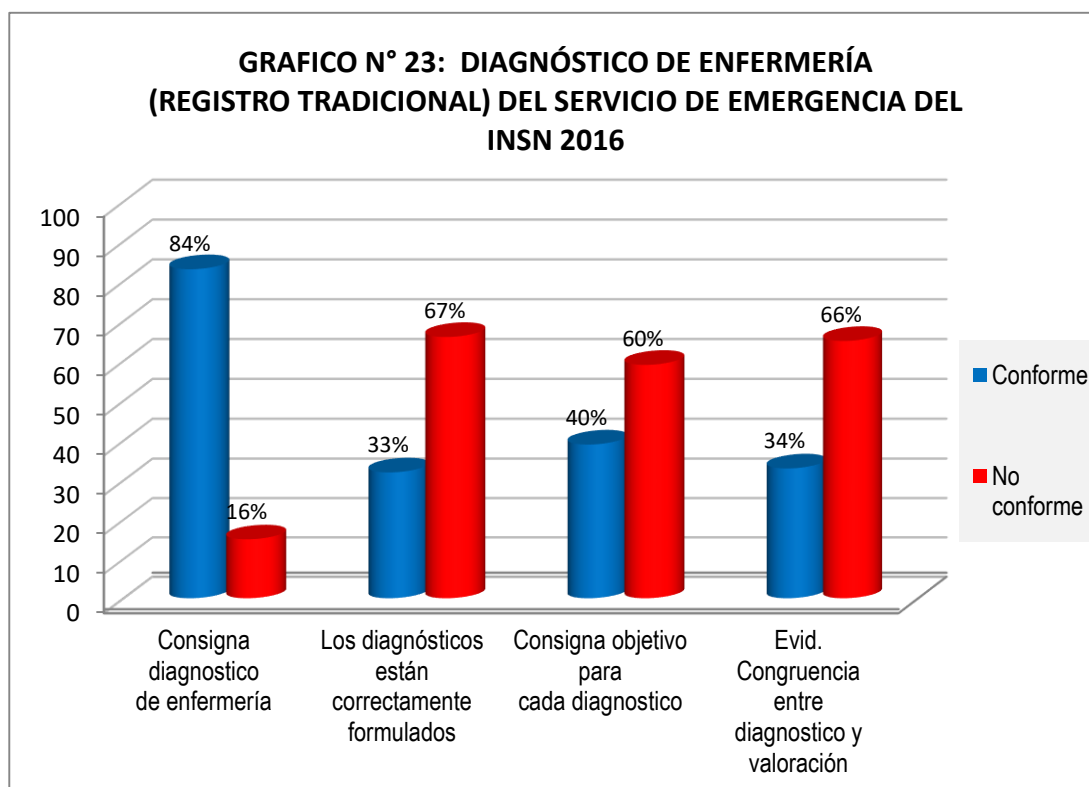
El grafico N° 22 Diagnósticos de enfermería del registro modelo demuestra que los datos más significativos del total se encuentran distribuidos de la siguiente manera: en cuanto a consigna diagnósticos de enfermería 97% son conformes, los diagnostico están correctamente formulados en un 85% conforme, consigna objetivo para cada diagnostico 75% conforme y por ultimo evidencia congruencia entre diagnóstico y valoración 67% conforme. Siendo en este grupo conforme el de mayor relevancia.

Es posible observar también que el 3% en consigna diagnósticos de enfermería es no conforme, en los diagnósticos están correctamente formulados el 15% es no conforme, en consigna objetivos para cada diagnostico el 25% es no conforme, y en cuanto a evidencia congruencia

entre diagnóstico y valoración el 33% es no conforme. Siendo este grupo de menor relevancia pero que no deja de tener un valor.

CUADRO N° 23: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Diagnostico	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Consigna diagnóstico de enfermería	73	84	14	16	0
Los diagnósticos están correctamente formulados	29	33	28	67	0
Consigna objetivo para cada diagnostico	35	40	52	60	0
Evid. Congruencia entre diagnóstico y valoración	30	34	57	66	0

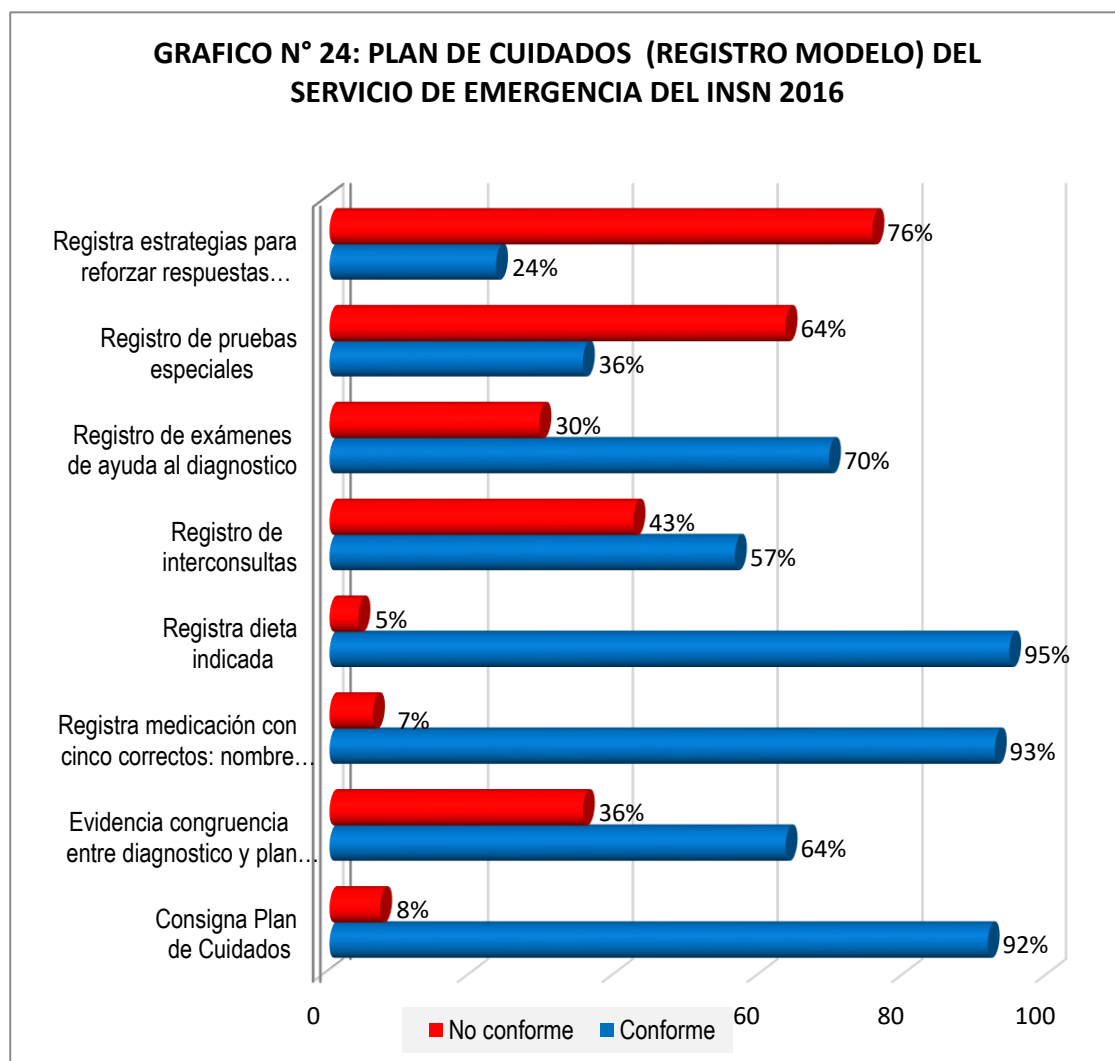


Fuente: Elaboración Propia

En el grafico N° 23 Diagnósticos de enfermería del registro tradicional permite evidenciar que el ítem consigna diagnósticos de enfermería alcanzo 84% de conforme y 14% no conforme a diferencia de los demás ítems como son: los diagnósticos están correctamente formulados, consigna objetivo para cada diagnóstico y evidencia congruencia entre diagnósticos y valoración que solo obtuvieron 33%, 40% y 34% en conforme respectivamente y en no conforme obtuvieron porcentajes más altos con 67%, 60% y 66% respectivamente.

CUADRO N° 24: PLAN DE CUIDADOS (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Plan De Cuidados	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Consigna Plan de Cuidados	82	92	7	8	0
Evidencia congruencia entre diagnóstico y plan de cuidados	57	64	32	36	0
Registra medicación con cinco correctos: nombre del paciente, dosis, vía, medicamento y hora	83	93	6	7	0
Registra dieta indicada	79	95	4	5	6
Registro de interconsultas	43	57	32	43	14
Registro de exámenes de ayuda al diagnóstico	55	70	24	30	10
Registro de pruebas especiales	19	36	34	64	36
Registra estrategias para reforzar respuestas saludables del paciente y familia	20	24	64	76	5



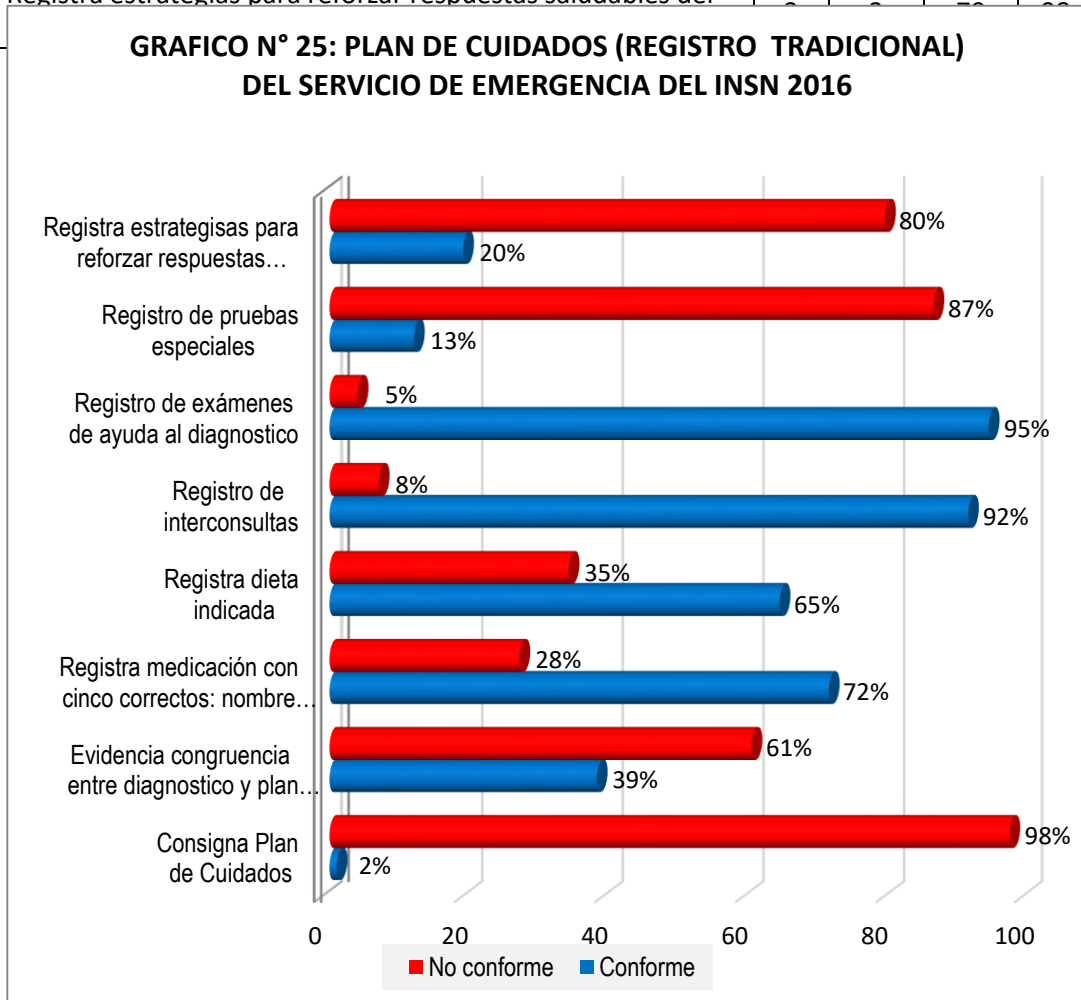
Fuente: Elaboración Propia

Se observa en el grafico N° 24 – plan de cuidados del registro modelo la siguiente distribución: registra estrategias para reforzar respuestas saludables del paciente en un 76% no conforme y en un 24% conforme, registro de pruebas especiales en un 64% no conforme y en un 36% conforme, registro de exámenes de ayuda al diagnóstico en un 30% no conforme y un 70% conforme, registro de interconsultas en un 43% no conforme y un 57% conforme, registra dieta indicada en un 5% no conforme y un 95% conforme, registra medicación con cinco correctos en un 7% no conforme y un 93% conforme, evidencia congruencia entre diagnóstico y plan de cuidados en un 36% no conforme y en un 64% conforme, consigna plan de cuidados en un 8% no conforme y en un 92 % conforme.

Siendo los datos más significativos y con similitudes en conforme registra dieta indicada 95%, registra medicación con cinco correctos 93% y consigna plan de cuidados 92%.

CUADRO N° 25: PLAN DE CUIDADOS (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Plan De Cuidados	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Consigna Plan de Cuidados	17	20	70	80	0
Evidencia congruencia entre diagnóstico y plan de cuidados	11	13	76	87	0
Registra medicación con cinco correctos: nombre del paciente, dosis, vía, medicamento y hora	83	95	4	5	0
Registra dieta indicada	80	92	7	8	0
Registro de interconsultas	54	65	29	35	4
Registro de exámenes de ayuda al diagnóstico	59	72	23	28	5
Registro de pruebas especiales	25	39	39	61	23
Registra estrategias para reforzar respuestas saludables del					6



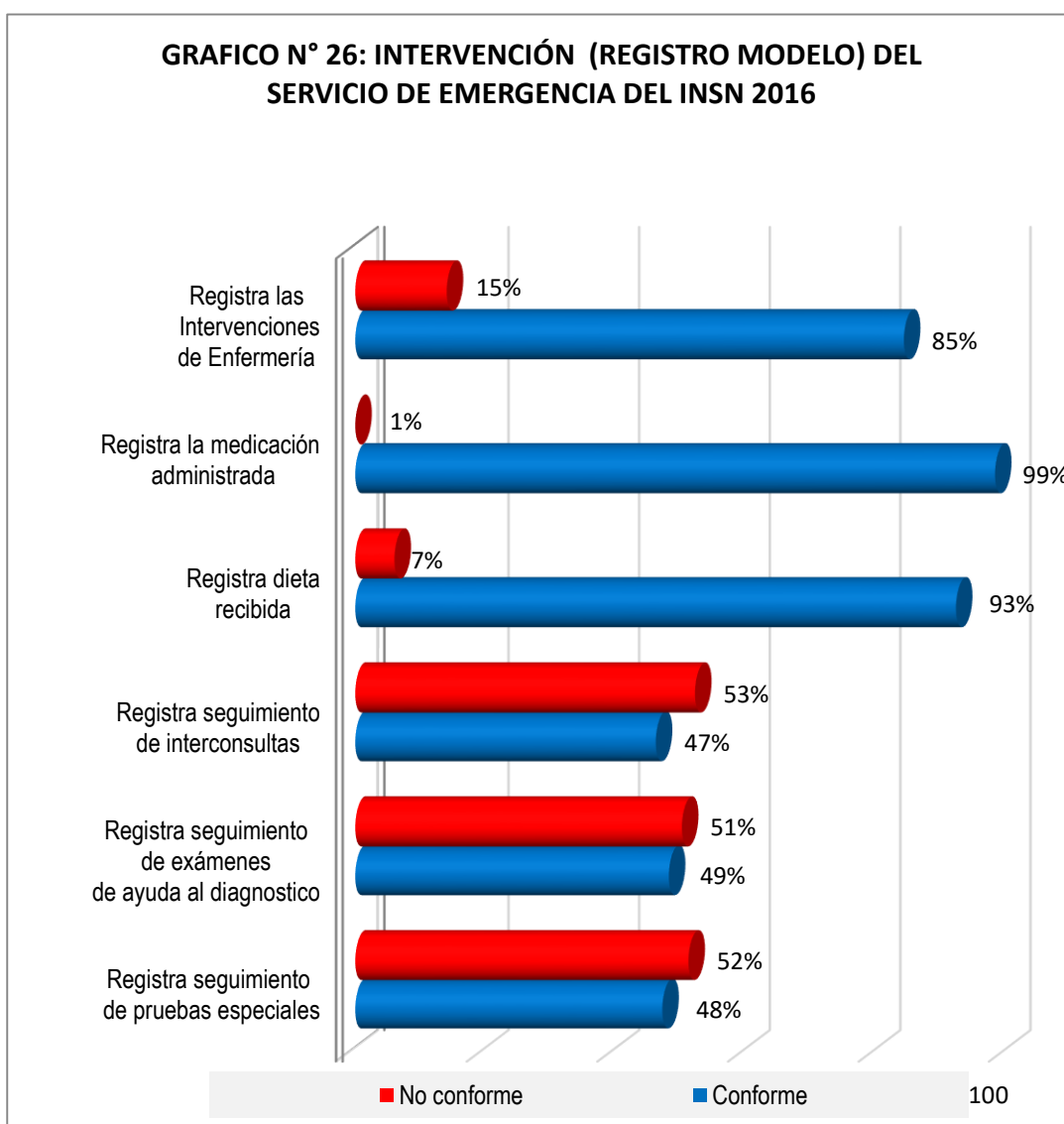
Fuente: Elaboración Propia

En el grafico N° 25 – plan de cuidados del registro tradicional podemos observar porcentajes altos de no conformidad en el ítem consigna plan de

cuidado de enfermería con 98%, seguido de registro de pruebas especiales con 87%, registra estrategias para reforzar respuestas saludables del paciente con 80% y evidencia congruencia entre diagnóstico y plan de cuidados 61%. A diferencia de los ítems que si evidencian conformidad es así que registro de exámenes de ayuda al diagnóstico obtuvo 95% conforme, seguido de registro de interconsultas en un 92%, registra medicación con cinco correctos en 72% y registra dieta indicada en un 65% conforme.

CUADRO N° 26: INTERVENCIÓN (REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Intervención	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Registra las Intervenciones de Enfermería	76	85	13	15	0
Registra la medicación administrada	88	99	1	1	0
Registra dieta recibida	83	93	6	7	0
Registra seguimiento de interconsultas	37	47	42	53	10
Registra seguimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico	39	49	41	51	9
Registra seguimiento de pruebas especiales	26	48	28	52	35



Fuente: Elaboración Propia

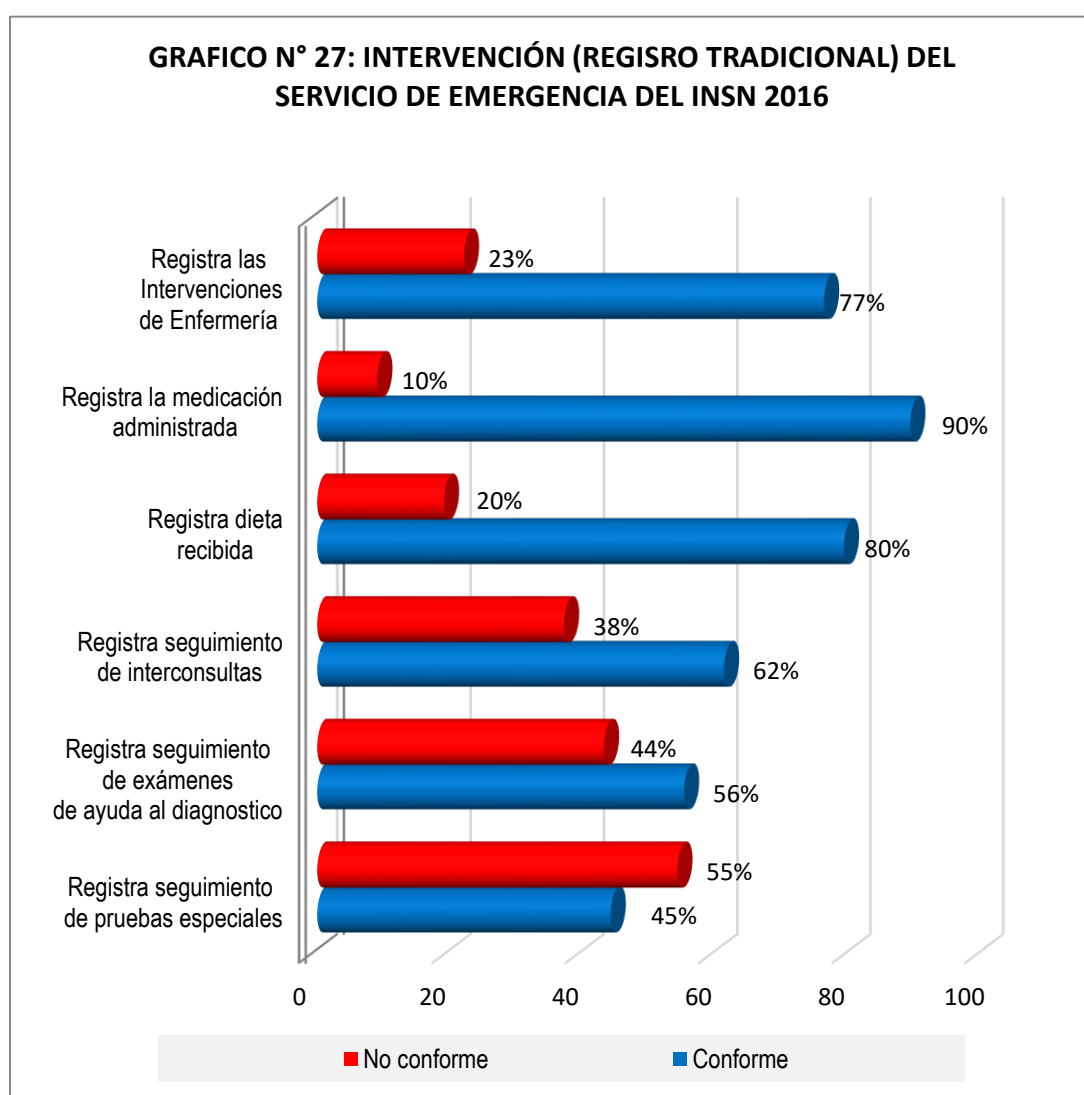
En el grafico N° 26 – Intervención de registro modelo se observa: que en los tres primeros rangos concentran el mayor porcentaje en cuanto a conforme el registro de las intervenciones de enfermería en un 85%, registra la medicación administrada en un 99%, registra dieta recibida en un 93%.

Es posible observar también las siguientes similitudes en los rangos del no conforme: registra seguimiento de interconsultas en un 53 %, registra seguimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico en un 51%, registra seguimiento de pruebas especiales en un 52%.

Cabe destacar la significancia y la comparación de los siguientes datos: registra las intervenciones de enfermería en un 15% no conforme y en 85% conforme, registra la medicación administrada en un 1% no conforme y en un 99% conforme, registra dieta recibida en un 7% no conforme y en un 93% conforme, registra seguimiento de interconsultas en un 53% no conforme y en 47% conforme, registra seguimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico en un 51% no conforme y en 49% conforme, registra seguimiento de pruebas especiales en un 52% no conforme y en un 48% conforme.

CUADRO N° 27: INTERVENCIÓN (REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016

Intervención	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Registra las Intervenciones de Enfermería	67	77	20	23	0
Registra la medicación administrada	79	90	8	10	0
Registra dieta recibida	70	80	17	20	0
Registra seguimiento de interconsultas	45	62	28	38	14
Registra seguimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico	46	56	36	44	5
Registra seguimiento de pruebas especiales	30	45	37	55	20

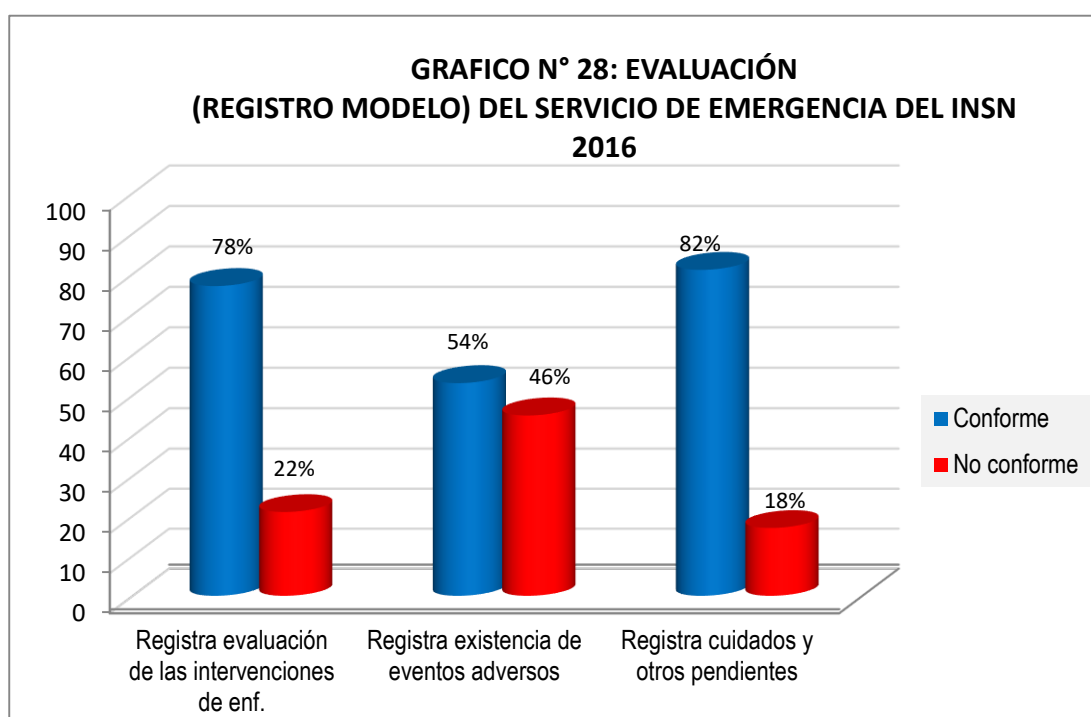


Fuente: Elaboración Propia

Mientras que en el grafico N° 27 Intervención del registro tradicional, podemos observar que la mayor significancia de datos se encuentra en conforme presentándose así: registra la medicación administrada con 90% conforme y 10% no conforme, registra dieta indicada 80% conforme y 20% no conforme, registra las intervenciones de enfermería 77% conforme y 23% no conforme, seguido de registro de interconsultas con 62% conforme y 38% no conforme, finalmente registra seguimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico en un 56% conforme y 44% no conforme. Solo el ítem de registra seguimiento de pruebas especiales tiene mayor porcentaje de no conforme con 55% y conforme 45%.

**CUADRO N° 28: EVALUACIÓN
(REGISTRO MODELO) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016**

Evaluación	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Registra evaluación de las intervenciones de enf.	69	78	20	22	0
Registra existencia de eventos adversos	30	54	26	46	33
Registra cuidados y otros pendientes	73	82	16	18	0

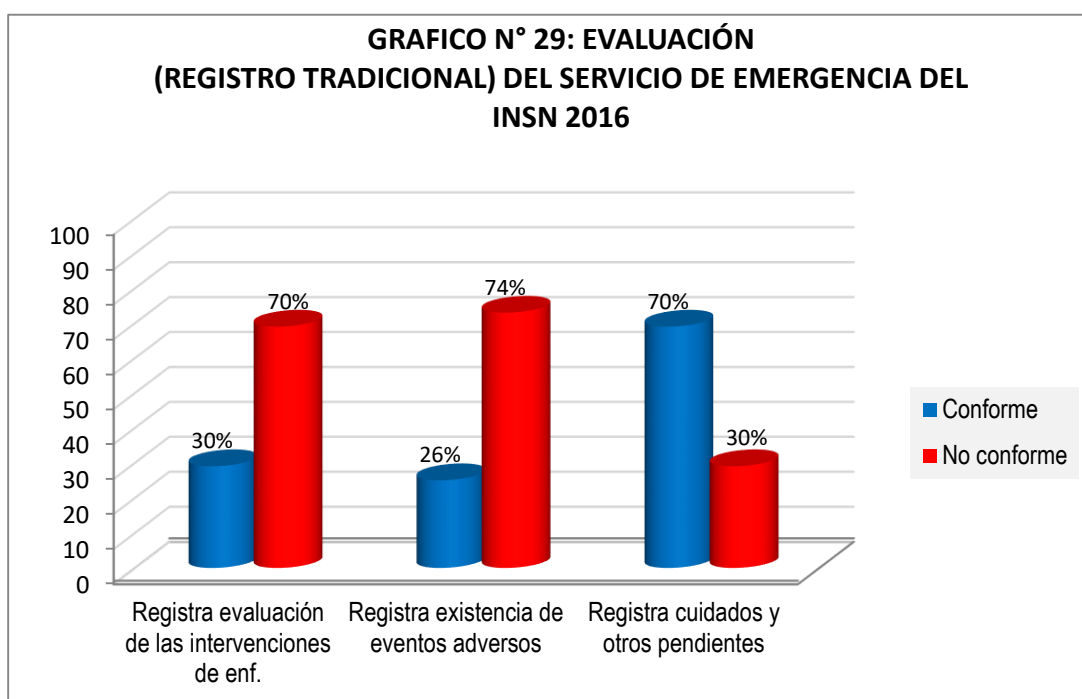


Fuente: Elaboración Propia

El gráfico N°28 Evaluación del registro modelo demuestra que el mayor rango de concentración es el conforme, distribuido así: registra evaluación de las intervenciones de enfermería 78% conforme y 22% no conforme, registra existencia de eventos adversos 54% conforme y 46% no conforme, registra cuidados y otros pendientes 82% conforme y 18 % no conforme.

**CUADRO N° 29: EVALUACIÓN
(REGISTRO TRADICIONAL) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN 2016**

Evaluación	Conforme		No conforme		No aplica
	N°	%	N°	%	N°
Registra evaluación de las intervenciones de enf.	26	30	51	70	0
Registra existencia de eventos adversos	19	26	53	74	15
Registra cuidados y otros pendientes	61	70	26	30	0



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico N°29 Evaluación del registro tradicional se observa que los porcentajes más altos se encuentran en no conforme. Es así que registra existencia de eventos adversos presenta 74% no conforme y 26% conforme, seguido de registra evaluación de intervenciones de enfermería 70% no conforme y 30% conforme, mientras que registra cuidados y otros pendientes obtuvo 70% conforme y 30% no conforme.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

El presente capítulo muestra la interpretación de los resultados obtenidos a la luz de la pregunta de investigación e hipótesis planteada.

Uno de los problemas que enfrentan hoy en día las enfermeras es el cuestionamiento de los registros de su cuidado y dentro de ellas las anotaciones de enfermería en las historias clínicas en el sentido que a pesar de que éstos han aumentado con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. La crítica se circunscribe en torno tanto en la forma como en el contenido, ya que no se estaría registrando información realmente necesaria y precisa que refleje en su totalidad la intervención de enfermería.

En ese sentido se hace necesario el desarrollo de registros de enfermería para el almacenamiento e intercambio de información de calidad; los beneficios esperados de un registro consistente y dirigido de información acerca de la atención al paciente son claros e incluyen la seguridad del paciente y la continuidad de los cuidados.

Por lo que surgió la necesidad de implementar un registro nuevo (al que llamamos “Modelo”) que permita cumplir con los requisitos de calidad de la información utilizando menos tiempo, favoreciendo mayor contacto con el paciente, siendo necesario compararlo con el registro narrativo vigente (al que llamamos “Tradicional”). Preguntándonos pregunta ¿Cuál es la calidad del “registro modelo” en comparación con el “registro tradicional” del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño?

Es así que planteamos la hipótesis: “La calidad del registro “modelo” del cuidado de enfermería es satisfactoria en comparación con el registro tradicional”, la cual se contrastó con los resultados obtenidos a través de las técnicas observación estructurada mediante lista de cotejo y encuesta estructurada mediante el cuestionario auto administrado, evidenciando que:

En el gráfico N°1 –Calidad del Registro Modelo frente al Registro Tradicional Total General- muestra diferencia de proporciones en la calificación deficiente el registro tradicional alcanzó un 72% en comparación con el registro modelo que obtuvo 19%. En la calificación adecuada el registro tradicional obtuvo 0% mientras que el registro modelo alcanzó un 6%. En lo que respecta a registros por mejorar el registro modelo tiene 75% en comparación con el registro tradicional que tiene 28% siendo este último más bajo ya que tiene mayor porcentaje de registros deficientes.

El registro modelo cumple con los requisitos de elaboración en cuanto a forma y contenido, este último se refiere específicamente a las etapas del proceso de atención de enfermería (PAE) respaldado por la Norma Técnica NTS N° 029 y 022- MINS/DGSP-V.02. Entendiéndose la calidad como un conjunto de propiedades inherentes al registro en este caso del cuidado que brinda la enfermera al paciente pediátrico en la unidad de emergencia.

El gráfico N°2 -Característica de Estructura de la Calidad del Registro Modelo frente al Registro Tradicional- El registro modelo es el que más se acerca al cumplimiento de estas características de calidad, es así que en datos de filiación presentó solo 8% en la calificación deficiente mientras que el registro tradicional un 30%, en la calificación satisfactorio también se observa

diferencias de porcentajes obteniendo el registro modelo 13% y el registro tradicional 0%. En lo que respecta a atributos del registro el registro modelo tiene 62% satisfactorio, 12% deficiente a diferencia del registro tradicional que presenta 45% satisfactorio y 25% deficiente. Cabe resaltar que en datos de filiación en 3 de los 16 ítems predomina el no conforme en ambos registros, siendo estos: grado de dependencia, registro de alergias y vacunas (Gráficos N° 6 y 7).

Es así que el registro modelo se acerca más a las características que un registro de calidad debe cumplir según criterios de elaboración de estructura y contenido de las anotaciones de enfermería, que se sustenta en lo publicado por el ministerio de salud (MINSa) en el 2001 que reconoce el SOAPIE como la estructura de registro de enfermería y que además debe contar con datos como cronología (fecha - hora), datos de identificación, letra legible, uso de tinta, ortografía, gramática, pulcritud, no borrones, espacios en blanco, firma, sello, CEP y abreviaturas universales.

Los datos de filiación y los atributos son criterios de contenido para la elaboración de las anotaciones de enfermería que se centran en el registro del proceso de enfermería consideradas importantes para informarse del estado del paciente y permitiendo la adecuada identificación del paciente, quedando un testimonio documental.

Por lo tanto el registro modelo es de mejor calidad que el registro tradicional respondiendo a la hipótesis planteada.

Respecto a Características del Proceso de Atención de Enfermería en la Calidad de Contenido del Registro Modelo Frente al Registro Tradicional el grafico N° 3 muestra que: En la etapa de Valoración de Enfermería el registro modelo evidencia porcentajes más altos en la calificación por mejorar con 45%, mientras que el tradicional un 3%, en la calificación deficiente el registro tradicional obtuvo un 97% disminuyendo este porcentaje en el registro modelo a un 54%. En la valoración física destacan 4 ítems - aspecto nutricional y metabólico, limitación para la actividad física, capacidad de autocuidado y percepción sensorial – que mejoraron notablemente en el registro modelo (Gráficos N° 10 y 11). En la valoración del aspecto emocional en los ítems manifestaciones del niño frente a la enfermedad y manifestaciones del padre o tutor frente a la enfermedad se incrementaron los porcentajes de conformidad en el registro modelo (Gráficos 14 y 15). En Datos del aspecto sociocultural si bien se incrementó los porcentajes de conformidad en el registro modelo sigue predominando el no conforme en ambos registros (Gráficos N° 18 y 19). Finalmente en los datos del aspecto espiritual en todos sus ítems se incrementaron los porcentajes de conformidad en el registro modelo (Gráficos N° 20 y 21).

En la etapa de Diagnóstico de Enfermería el registro modelo logro un 53% en la calificación satisfactorio frente al registro tradicional que presento 17%, mientras que en la calificación deficiente el registro tradicional obtuvo 52% disminuyendo en el registro modelo a un 4%. Es importante resaltar que en ambos registros el ítems (consigna diagnóstico de enfermería) tiene un porcentaje significativo en conformidad a diferencia de los otros 3 ítems (los

diagnósticos están correctamente formulados, consigna objetivo para cada diagnóstico y evidencia congruencia entre diagnóstico y valoración) que evidencian un incremento significativo en conformidad en el registro modelo (Grafico N° 22 y 23)

En cuanto a Plan de Cuidados en la calificación satisfactoria y por mejorar el registro modelo presenta porcentajes más altos en un 26% y 58% respectivamente en comparación del registro tradicional que obtuvo un 3% y 21% respectivamente, también resalta que en la calificación deficiente el registro tradicional presento 76% y el registro modelo 16%.

Respecto a la etapa de Intervención de Enfermería se encontró un porcentaje significativo en la calificación deficiente en el registro tradicional con 39% frente a un 25% en el registro modelo.

Finalmente en la etapa de Evaluación de Enfermería el registro modelo en la calificación satisfactorio obtuvo un 57% a diferencia del registro tradicional con un 13%, en la calificación deficiente es el registro tradicional el que obtuvo mayor porcentaje con 67% disminuyendo a un 23% en el registro modelo. Además evidenciamos que el porcentaje de conformidad incremento significativamente en todos sus ítems.

Es así que el registro modelo favorece la calidad de la información ya que cumple con los requisitos del proceso de atención de enfermería y el SOAPIE, reconocido por el MINSA EN EL 2001 y respaldado por la ley del trabajo del enfermero N° 27669 en el art N° 7, incisos(a), promulgada el 15 de febrero del 2002: "brindar cuidado integral de enfermería basado en el PAE".

El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, artículo 24 señala que “La enfermera (o) debe asegurar y garantizar la continuidad del cuidado al paciente.” Por lo que debe realizar un registro de la valoración integral del paciente que permita identificar oportunamente los problemas reales y potenciales que lleven a la formulación de diagnósticos de enfermería con su respectivo plan de cuidados, intervención y evaluación permitiendo así la continuidad del cuidado concibiéndose como una herramienta potente y útil para hacer visible el trabajo y gestión que realizan los enfermeros y enfermeras en forma ordenada, consistente y basada directamente en la esencia de enfermería, el cuidado holístico.

En cuanto a datos del aspecto físico-balance hídrico, sociocultural (comunicación, hábitos, educativo y conocimientos) y espiritual, permite a la enfermera describir, explicar y predecir el proceso vital del ser humano, familia y comunidad o sociedad evaluados por PATRONES DE RESPUESTA HUMANA. Además estos datos están considerados dentro de la normativa N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Para auditoria de historias clínicas.

Los diagnósticos de enfermería proceden de los datos sobre el estado de salud. Cada diagnóstico de enfermería es una respuesta humana, que se encuentra definido por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2003)

El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y planteamientos o medidas de enfermería prescritos cuyo fin es alcanzar los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.

La intervención se da cuando un enfermero realiza algún procedimiento a un paciente enmarcado dentro de un campo de acción propio, independiente y legalmente reconocido que es el Proceso de Atención de Enfermería

La evaluación es la fase final del proceso de atención de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente.

Por lo tanto el registro modelo es de mejor calidad que el registro tradicional respondiendo a la hipótesis planteada.

Así mismo sirve como base para valorar la calidad y eficiencia de ese cuidado y proporcionar datos útiles en la investigación, enseñanza y planeamiento a corto y largo plazo, también son parte importante para contar con una fuente confiable del cuidado al paciente que cautele el ejercicio profesional y seguridad legal.

CONCLUSIONES

A continuación se presenta las conclusiones las cuales se derivan exclusivamente de los resultados y son una síntesis de los mismos.

El presente estudio nace del interés de este grupo acerca de la problemática existente en los registros de enfermería respecto a la calidad de la información y si esta refleja la dimensión del cuidado que la enfermera brinda al paciente en todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería plasmándolo en un registro donde se conciba como una herramienta potente y útil para hacer visible el trabajo, mejorando el uso del tiempo para el cuidado directo del paciente, contribuyendo así a la recuperación del niño en situación de emergencia. Por lo que las anotaciones de enfermería requieren ser innovadas, a partir de la reflexión sobre sus competencias personales, así también en las condiciones organizacionales que ofrece la institución.

Lo que nos llevó a formular el siguiente planteamiento ¿Cómo influye un “registro modelo” y “registro tradicional” del cuidado de enfermería en la calidad de la información en el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño?, con el propósito de contribuir a la creación y perfeccionamiento de registros que evidencien el cuidado de enfermería.

Como resultado de la investigación podemos decir a nivel general que en términos de calidad de la información registrada, usabilidad del registro y percepción de las enfermeras y de los médicos, el “registro modelo” es el que obtuvo resultados que superaron al “registro tradicional” por lo que demostramos que nuestra hipótesis planteada es verdadera.

Se encontró que los resultados obtenidos a lo largo de la investigación son:

El registro modelo favorece la calidad de la información ya que cumple con los requisitos del proceso de atención de enfermería y el SOAPIE, reconocido por el MINSA EN EL 2001 y respaldado por la ley del trabajo del enfermero N° 27669 en el art N° 7, incisos(a):"brindar cuidado integral de enfermería basado en el PAE", y el código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, artículo 24. Lo que se demuestra con los siguientes resultados:

- En el gráfico N°1 –**Calidad del Registro Modelo frente al Registro Tradicional Total General:** el "registro modelo" alcanza un 75 % por mejorar siendo el documento o registro para la enfermera relevante y favorable, mientras que el registro tradicional muestra un 28% por mejorar. Así mismo en la calificación deficiente el "registro tradicional" alcanzó un 72%, disminuyendo este valor en el "registro modelo" a 19%.
- El gráfico N°2 -**Característica de Estructura** de la Calidad del Registro Modelo frente al Registro Tradicional- El registro modelo es el que más se acerca al cumplimiento de estas características de calidad, es así que en datos de filiación presento solo 8% en la calificación deficiente mientras que el registro tradicional un 30%, en la calificación satisfactorio también se observa diferencias de porcentajes obteniendo el registro modelo 13% y el registro tradicional 0%. En lo que respecta a atributos del registro el registro modelo tiene 62%

satisfactorio, 12% deficiente a diferencia del registro tradicional que presenta 45% satisfactorio y 25% deficiente. Cabe resaltar que en datos de filiación en 3 de los 16 ítems predomina el no conforme en ambos registros, siendo estos: grado de dependencia, registro de alergias y vacunas (Gráficos N° 6 y 7).

- Respecto a **Características del Proceso de Atención de Enfermería** en la Calidad de Contenido del Registro Modelo Frente al Registro Tradicional el gráfico N° 3 muestra que: En la etapa de **Valoración de Enfermería** el registro modelo evidencia porcentajes más altos en la calificación por mejorar con 45%, mientras que el tradicional un 3%, en la calificación deficiente el registro tradicional obtuvo un 97% disminuyendo este porcentaje en el registro modelo a un 54%. En la valoración física destacan 4 ítems - aspecto nutricional y metabólico, limitación para la actividad física, capacidad de autocuidado y percepción sensorial – que mejoraron notablemente en el registro modelo (Gráficos N° 10 y 11). En la valoración del aspecto emocional en los ítems manifestaciones del niño frente a la enfermedad y manifestaciones del padre o tutor frente a la enfermedad se incrementaron los porcentajes de conformidad en el registro modelo (Gráficos 14 y 15).
- En Datos del aspecto sociocultural si bien se incrementó los porcentajes de conformidad en el registro modelo sigue predominando el no conforme en ambos registros (Gráficos N° 18 y 19). En el análisis detallado del registro de la valoración el

registro modelo es superior en cuanto a conformidad, pero cabe resaltar que en el aspecto sociocultural a pesar de que el “RM” es mejor que el “RT” en ambos predomina la no conformidad, teniendo un porcentaje promedio de 60 – 70% en el R.M y 99 - 100% en el R.T.

- Finalmente en los datos del aspecto espiritual en todos sus ítems se incrementaron los porcentajes de conformidad en el registro modelo (Gráficos N° 20 y 21).
- En la etapa de **Diagnóstico de Enfermería** el registro modelo logro un 53% en la calificación satisfactorio frente al registro tradicional que presento 17%, mientras que en la calificación deficiente el registro tradicional obtuvo 52% disminuyendo en el registro modelo a un 4%. Es importante resaltar que en ambos registros el ítems (consigna diagnóstico de enfermería) tiene un porcentaje significativo en conformidad a diferencia de los otros 3 ítems (los diagnósticos están correctamente formulados, consigna objetivo para cada diagnóstico y evidencia congruencia entre diagnóstico y valoración) que evidencian un incremento significativo en conformidad en el registro modelo (Grafico N° 22 y 23)
- En cuanto a **Plan de Cuidados** en la calificación satisfactoria y por mejorar el registro modelo presenta porcentajes más altos en un 26% y 58% respectivamente en comparación del registro tradicional que obtuvo un 3% y 21% respectivamente, también

resalta que en la calificación deficiente el registro tradicional presento 76% y el registro modelo 16%.

- Respecto a la etapa de **Intervención de Enfermería** se encontró un porcentaje significativo en la calificación deficiente en el registro tradicional con 39% frente a un 25% en el registro modelo.
- Finalmente en la etapa de **Evaluación de Enfermería** el registro modelo en la calificación satisfactorio obtuvo un 57% a diferencia del registro tradicional con un 13%, en la calificación deficiente es el registro tradicional el que obtuvo mayor porcentaje con 67% disminuyendo a un 23% en el registro modelo. Además evidenciamos que el porcentaje de conformidad incremento significativamente en todos sus ítems.

Por lo tanto con todos los resultados obtenidos y mostrados el "Registro modelo" mejoró la calidad de la información para la práctica del cuidado de enfermería, porque el resultado de esta es práctico y completo atendiendo a las demandas del paciente pediátrico permitiendo un mayor uso de tiempo con el paciente, contribuyendo así a la recuperación del individuo, familia o comunidad en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, siendo un precedente para estandarizar un modelo de registro de informe de enfermería.

Los estudios sobre "Calidad de un registro modelo del cuidado de enfermería", apenas está comenzando y nos ayudará a entender que un

registro debe ser una herramienta potente y útil para hacer visible nuestro trabajo.

Por lo tanto el registro modelo es de mejor calidad que el registro tradicional respondiendo a la hipótesis planteada.

SUJERENCIAS

Las presentes recomendaciones están dirigidas a proporcionar sugerencias a la luz de los resultados obtenidos, respecto a mejorar los métodos de estudio, acciones específicas y futuras investigaciones.

- Ya que el “Registro Modelo” demostró que mejoro la calidad de la información registrada se recomienda a las enfermeras del servicio de Emergencia del INSN establecer a esté registro como formato oficial del servicio o en su defecto elaborar nuevos registros tomando como base al “Registro Modelo”,
- Se sugiere ampliar el estudio tomando en cuenta las opiniones de las enfermeras y otros profesionales de salud acerca de si la información registrada les útil para la continuidad del cuidado y atención del paciente.
- Se sugiere realizar estudios adaptando y mejorando el “Registro Modelo” al tipo de pacientes y realidad de cada servicio, ya que estos servirán como base para realizar registros informatizados a futuro.
- Se recomienda al departamento de enfermería del INSN capacitar y reforzar en las enfermeras la integración del aspecto sociocultural en el cuidado que brindan. Ya que el estudio demostró que en ambos registros el aspecto sociocultural es el que menos se valora y registra.
- Realizar otras investigaciones para poder crear conciencia en las enfermeras sobre todos los aspectos del ser humano y queden evidenciados en un documento legal.
- Realizar una investigación más profunda en por qué las enfermeras no toman en cuenta el aspecto socio cultural del ser humano.

BIBLIOGRAFIA

1. ANTONIO RUIZ HOSTANGAS. España-Valencia. Octubre “Calidad en los registros de enfermería” 2005
2. ARTICULO ESPECIAL. Urquiza R. CONCEPTOS DE CALIDAD EN SALUD. Evid. actual. práct. ambul. 2004;7:152-155
3. BALDERAS M. Administración de los servicios de Enfermería. Tercera edición. Editorial Mc Graw Hill. México; 2005.
4. BEARE/MYERS. El Tratado de Enfermería Mosby. Primera edición. Colombia – Santa Fe de Bogotá: Editorial Mosby Doyna libros. 2005.
5. BENAVENT, M.A., Leal Cercos M.I.. Los registros de Enfermería consideraciones ético legales
<http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43/>
6. BETTY RIOS MORAN, ROCÍO ZARATE ZAPATA. Tumbes-Perú .“Eficacia de los registros de Enfermería en los servicios de Hospitalización del Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavaria-junio 2006
7. CALIDAD.AMELIA SORIANO .Junio.2003
8. CAÑARÍ D, Conocimientos que tienen las enfermeras y los factores personales e institucionales que limitan su elaboración en los Hospitales Almenara, Dos de Mayo y Fuerza Aérea del Perú (2004). Disponible URL:http://www.cibertesis.edu.pe/sisbib/2003/pecho_sources/pecho_tm.doc. [Consultado Setiembre 30,2009].

9. CAÑARI DE LA CRUZ “El grado de conocimientos que tienen las enfermeras sobre anotaciones de enfermería y factores que limitan su elaboración” 1995
10. CARPENITO L.J. “Diagnósticos de enfermería”, 9na edición, Edith McGraw Hill – Interamericana, España 2006
11. CHALCO VILLARRUEL, JUSTINA LUZMILA. “Opinión de las enfermeras sobre la aplicación del proceso de atención a través de un registro de enfermería de emergencias en el Centro de Salud Ventanilla: julio-diciembre, 2006
12. CORCOLES P. El dossier de enfermería En el Complejo Hospitalario De Albacete: Composición y control de calidad. Registros de enfermería: Perspectivas del futuro y posibles soluciones. España. 2002
13. Cortés G, Castillo F. “Guía para la elaboración del proceso y registro de enfermería”. Primera edición. Lima – Perú: Editorial Navarrete; 2002.
14. DU-GAS K. Tratado de enfermería práctica. 3 ed. Marco Interamericano SA. 2000.
15. ESTELA DOMIC. Chile- Santiago de Chile. Medwave N° 4. “Importancia de los Registros de Enfermería” Mayo. 2004
16. Evaluación de la calidad recibida de competencia de la Enfermería
<http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo6/default.htm>.

- 17.**FLORES MAMANI “El cumplimiento de los requisitos y reglas de redacción de las anotaciones de enfermería 1996
- 18.**GONZÁLEZ I, Ibarra B. Sabemos los enfermeros(as) como escribir un parte. Hospital de Navarra. En: [http://www.enfermería21.com./listametas/partes de enfermería.doc](http://www.enfermería21.com./listametas/partes%20de%20enfermería.doc)
- 19.**HERNANDE SAMPIERI Roberto. “Metodología de la investigación”, 4ta edición, Edit. McGraw Hill Mexico, 2006.
- 20.**http://es.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow
- 21.**http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
- 22.**IGNACIO CHÁVEZ . “La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico”;;México 1999
- 23.**INDICADORES DE CALIDAD
<http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Antecedentes.pdf>
- 24.**IYER Patricia “Proceso y diagnóstico de enfermería” Edith McGraw Hill – Interamericana, España 1995.
- 25.**KOZIER Barbara, “Fundamentos de Enfermería” Edith Interamericana España 2005
- 26.**LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD. Boletín trimestral del NAADIIR VOLUMEN 8 . Dr Jaime Otero M, Dr Jaime I.Otero.Peru .Noviembre 2002.

27. LORENA CHAPARRO DÍAZ ,DIANA CAROLINA GARCÍA URUEÑA.
Colombia-Bogota.. “Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado” 2003
28. LUCAY COSSIO Carola Hullin “Registros de enfermería y características de un registro clínico de calidad” Septiembre 2010.santiago de chile
29. MÉNDEZ G. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermedad Cardiol 2001(9):14
30. MORENO CHÁVEZ, “Características de las anotaciones de enfermería e importancia que le conceden las enfermeras en la atención del paciente1”
1976
31. PARISI, S. Siete cosas nuevas que Debería anotar la enfermera. Nursing edic. España; 2004
32. PINEDA Elia “Metodología de la Investigación” 3ra edición,
Organización Mundial de la Salud, Paltex, Washington D.C: OPS, 2008.
33. POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD ,aprobado con RM 727-
2009/MINSA .octubre.
34. PORTILLO LÓPEZ , “Características de los registros de enfermería e importancia que le confieren 1986.
35. POTTER P; PERRY A “Fundamentos de Enfermería” (Teorías y prácticas)
Tercera edición. Editorial Harcout Brace. Madrid [citado enero 24, 2010]

- 36.** ROSARIO GARCÍA PALACIOS, AMALIA TEJUCA MARENCO, MERCEDES TEJUCA MARENCO, ESTHER SÁLCES SÁEZ, CARMEN CARMONA VALIENTE, LUÍS FUENTES CEBADA. "Registro para el cuidado del paciente renal". Cádiz. Colombia. Diciembre 2002
- 37.** RUIZ HONTANGAS A. Calidad de los registros de Enfermería En Enfermería Cardiovascular. 13-02-06. Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación practica a través de una herramienta viva. En: <http://www.saludycuidados/No.7/registro/registro2.htm>.
- 38.** ZORRILLA S, Torres M y Col, Metodología de la Investigación Primera edición. Editorial Interamericana S.A. México, 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 1

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

SERVICIO DE EMERGENCIA

Lista de cotejo con escala de estimación para evaluar la “calidad del registro modelo frente al registro tradicional del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del instituto nacional de salud del niño – 2016”.

	CARACTERISTICAS DEL REGISTRO A EVALUAR	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
ATRIBUTOS DEL REGISTRO				
1	Letra y números legibles:	1		
2	Pulcritud	1		
3	No borrones ni enmendaduras	1		
4	Uso de lapicero oficial (azul y rojo)	1		
5	Firma, sello de la enfermera(o), y N° de colegiatura. Por turno	1		
	SUB TOTAL	5		
DATOS DE FILIACION				
1	Nombre y apellidos	0.7		
2	Fecha del registro	0.6		
3	Sexo	0.6		
4	Edad	0.7		
5	N° de H.Cl.	0.6		
6	Consigna la fecha y hora	0.6		

7	Sistema de salud a la que pertenece y N° de seguro:	0.6		
8	Servicio/unidad	0.6		
9	N° de cama	0.6		
10	Peso	0.6		
11	Fecha y hora de ingreso	0.6		
12	Días de hospitalización	0.6		
13	Diagnostico medico	0.6		
14	Grado de dependencia	0.7		
15	Registro de alergias medicamentosas	0.6		
16	Vacunas	0.7		
	SUB TOTAL	10		
CONTENIDO DEL REGISTRO				
VALORACION DE ENFERMERIA:		30		
1	CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	4		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS:				
A. Consigna datos del aspecto físico:		15		
2	Registra frecuencia cardiaca	0.4		
3	Registra frecuencia respiratoria	0.4		
4	Registra presión arterial	0.4		
5	Registra temperatura	0.4		
6	Registra Saturación de Oxigeno	0.4		
7	Registra monitoreo de signos vitales	0.5		

8	Registra monitoreo hemodinámico	0.5		
9	Registra monitoreo ventilatorio	0.5		
10	Registra Oxigenoterapia	0.5		
11	Registra datos del estado de conciencia	0.6		
12	Registra datos de la función respiratoria	0.6		
13	Registra datos de la función circulatoria	0.6		
14	Registra aspectos de la integridad de la piel	0.6		
15	Registra procedimientos invasivos	0.5		
16	Registra aspectos nutricionales y metabólicos	0.6		
17	Registra datos acerca de limitaciones para la actividad física	0.5		
18	Registra datos de la capacidad de autocuidado	0.5		
19	Registra datos acerca de la percepción sensorial	0.5		
20	Registra monitoreo de Balance Hídrico	0.5		
	Registra los ingresos:			
21	Vía oral / enteral	0.4		
22	Vía parenteral	0.4		
23	Agua de oxidación	0.4		
24	Transfusiones	0.4		
25	Total de ingresos	0.5		
	Registra los egresos:			

26	Diuresis	0.4		
27	Deposición	0.4		
28	Vómitos	0.4		
29	SNG- Residuo gástrico	0.4		
30	Perdida insensible	0.4		
31	Otros egresos	0.4		
32	Total de Egresos	0.5		
33	Balance total	0.5		
B. Consigna datos del aspecto emocional		3		
35	Registra manifestaciones del niño frente a la enfermedad y hospitalización	1.5		
36	Registra manifestaciones de los padres o tutor frente a la enfermedad y hospitalización	1.5		
C. Consigna datos del aspecto socio cultural:		6		
37	Registra idioma del niño	0.3		
38	Registra problemas para comunicarse del niño	0.4		
39	Registra idioma de los padres	0.3		
40	Registra rol del niño en el hogar	0.3		
42	Registra datos de problemas en la relación familiar	0.3		
43	Registra hábitos alimentarios	0.3		
44	Registra hábitos higiénicos	0.3		
45	Registra hábitos del sueño	0.3		

46	Registra habitos recreativos	0.3		
47	Registra grado de instrucción del niño	0.3		
48	Registra grado de instrucción de los padres o tutor	0.3		
49	Registra actitud para aprender del niño	0.3		
50	Registra barreras de aprendizaje del niño	0.3		
51	Registra actitud para aprender de los padres o tutor	0.3		
52	Registra barreras de aprendizaje de los padres o tutor	0.3		
53	Registra si el niño conoce prevención de enfer. actual	0.3		
54	Registra si padres o tutor conocen prevención de enf. actual	0.4		
55	Registra si el niño conoce tratamiento en el hogar de enf. actual	0.3		
56	Registra si padres o tutor conocen tratto. en hogar de enf. actual	0.4		
	D. Consigna datos del aspecto espiritual	2		
57	Registra preferencia religiosa	1		
58	Registra practica religiosa que interfiera con la conservacion y recuperación de la salud	1		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA		25		
59	Consigna diagnóstico de enfermería	11		
60	Los diagnósticos están correctamente formulados	5		

61	Consigna objetivos para cada diagnostico	5		
62	Evidencia congruencia entre diagnósticos y valoración	4		
PLAN DE CUIDADOS		15		
63	Consigna Plan de Cuidados	4		
64	Evidencia congruencia entre diagnóstico y plan de cuidados	1.5		
65	Registra medicación con cinco correctos: nombre del paciente, dosis, vía, medicamento y hora	3		
66	Registra dieta indicada	1		
67	Registro de interconsultas	1.5		
68	Registro de exámenes de ayuda al diagnostico	1.5		
69	Registro de pruebas especiales	1.5		
70	Registra estrategias para reforzar respuestas saludables y/o corregir respuestas no saludables del paciente y familia	1		
INTERVENCION		10		
71	Registra las Intervenciones de Enfermería	2		
72	Registra la medicación administrada	2		
73	Registra dieta recibida	1.5		
75	Registra seguimiento de interconsultas	1.5		
76	Registra seguimiento de exámenes de ayuda al diagnostico	1.5		
77	Registra seguimiento de pruebas especiales	1.5		

EVALUACION			
		5	
78	Registra la evaluación de las intervenciones de enfermería	2	
79	Registra la existencia de eventos adversos	1.5	
80	Registra cuidados, tratamiento, exámenes, procedimientos y / o trámites pendientes	1.5	
SUB TOTAL		85	
TOTAL		100	

CALIFICACION		
Satisfactorio	90 a 100% del puntaje máximo esperado	
Por Mejorar	60 - 89 del puntaje máximo esperado	
Deficiente	<60% del puntaje máximo esperado	

VALORACION DE ENFERMERIA

TURNO				TURNO				TURNO				TURNO				ESCALA DE DOLOR			
M	T	N		M	T	N		M	T	N		M	T	N		M	T	N	
PATRON INTERCAMBIO				Coloración de la piel				Urinario:				PATRON CONOCIMIENTO				<p>NO DOLOR: 0 - 1 POCO DOLOR: 2 - 3 DOLOR MODERADO: 4 - 5 DOLOR FUERTE: 6 - 7 DOLOR MUY FUERTE: 8 - 9 DOLOR INSOPORTABLE: 10</p>			
Nivel de Conciencia				normal				micción espontanea				* El niño (no evaluable en lactantes)							
No evaluable por sedo analgesia				cianótica generalizada				globo vesical				Actit. positiva para aprender				Hora:			
APERTURA DE OJOS				cianótica perioral								Barreras de aprendizaje				Localización:			
4. Espontanea				cianótica distal				PATRON COMUNICACIÓN				Por: Grado de instrucción							
3. A la Voz				marmórea				Idioma del niño (no eval. Lact.)				Idioma							
2. Al dolor				pálida				lee				Patología que dificulta la capacid de razonamiento							
1. Nula				rubicunda				Escribe				Grado de instruc. del niño							
RESPUESTA VERBAL								*Deterioro del habla:											
5. Conversa/Arrullos, balbuceo				Integridad de la piel				dificult. Pronunciar palab				analfabeto				Exámenes Laboratorio			
4. Desorientado / Irritable				petequias				dificult. Para comprender				primaria				Examen			
3. Inapropiado/llanto de dolor				equimosis				Idioma de los padres				secundaria				Efectivizado			
2. Incomprensible / Gemido				eritema perineal								Los padres o tutor:				Resul-			
1. Sin respuesta				lesiones vesiculares				PATRON RELACION				Actit. positiva para aprender				Observaciones			
RESPUESTA MOTORA				lesiones costrosas				Rol en el hogar				Barreras de aprendizaje				Hemograma comp.			
6. Obed. ordenes/mov. Normal				otras lesiones (especificar)				Adecuado para su edad				Por: Grado de instrucción				Electrolitos			
5. Localiza dolor/Retir. al tacto								Trabaja y aporta en hogar				Idioma				G.U.C.			
4. Retirada al dolor				Nutricional Metabólico				Cuida a sus hermanos				Patología que dificulta la capacid de razonamiento				PCR			
3. Postura de decorticación				* Buen apetito				Es visitado por				Grado instruc. de padres				Grupo sang. - factor			
2. Postura de descerebración				*Inapetente				Padre				analfabeto				T'coag. - sangría			
1. Sin respuesta				*Succión: (solo evaluar en lactantes)				Madre				secundaria				Hemocultivo			
Puntaje GLASGOW				buena				Tutor				primaria				Exm. Comp. Orina			
Respiratorio				pobre				Otro (especifique)				secundaria				Urocultivo			
Tiraje subcostal				ausente				Ninguno				PATRON PERCEPCION				Interconsulta			
Tiraje intercostal				*buena deglución				Problemas sobre custodia (especifique)				*Deterioro visual				Enviado /hora			
otros tirajes (especificar)				nauseas								Dgt. Por especialista				Contda /hora			
				Tipo de alimentación								Uso de lentes				Observaciones			
Aleteo nasal				*Lactancia:(solo evaluar en lactantes)								Aparentemente normal							
MV. Pasa en ACP				exclusiva				PATRON VALORES				*Deterioro auditivo				Exámenes Complementarios			
MV. disminuido en HTD				mixta				Hábitos alimentarios:(prefer, rutinas,etc)				Dgt. Por especialista				Examen			
MV. disminuido en HTI				formula maternizad								Uso de disposit. auditivo				Fecha			
Crepitantes				*Ablactancia (solo lactantes)				Hábitos Higiénicos:(rutinas, horarios)				Aparentemente normal				Efectivizado			
Roncantes				Dieta (especificar)								PATRON ELECCION				Resul-			
Estridor				NPO				Hábitos del sueño:(rutinas, horarios)				* El niño: (no evaluable en lactantes)				Observaciones			
Sibilantes				Nutrición parenteral								Conoce medidas prevención de enfermedad actual				RX:			
TOS:				Edema:				Hábitos recreativ:(prefer.de juego y entreten)				Conoce tratamiento y cuidado de la enfermedad en el hogar				TAC:			
Seca				generalizado								Los padres o tutor:				Resonancia			
productiva				distal				PATRON MOVIMIENTO				Conoce medidas prevención de enfermedad actual				Ecografía:			
esporádica				palpebral				* Incapacidad Física por (yeso, férula, cabestrillo, collarín, etc)				Conoce tratamiento y cuidado de la enfermedad en el hogar							
exigente								Especifique ubicación:				PATRON SENTIMIENTO (manifest. De niño padres o tutor frente a enfermedad y hospitalización)							
paroxística con rubicundez				Abdomen												SELLO Y FIRMA			
paroxística con cianosis				Blando				PATRON MOVIMIENTO								TURNO			
SECRECIONES:				depresible				* Incapacidad Física por (yeso, férula, cabestrillo, collarín, etc)											
fluida				no depresible								PATRON SENTIMIENTO (manifest. De niño padres o tutor frente a enfermedad y hospitalización)							
densa				distendido															
clara (moco)				Ruido intestinales															
purulenta				presente				* paraplejia											
hemoptoica				ausente				* cuadriplejia											
otras (especificar)				Eliminación				* dificultad en la marcha											
				Habito intestinal frecuencia:															
Circulatorio				diaria				* Autocuidados: (no evaluable en lactantes)				OTROS DATOS SUBJETIVOS IMPORTANTES							
Amplitud de pulso				c/2 días				Requiere ayuda para aliment.											
normal				c/3 días				Requiere ayuda para higiene											
débil				> de 3 días				Requiere ayuda para vestirse											
fuerte																			

*No evaluable en pacte. con sedoanalgesia y/o coma

