



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HNDAC”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PRESENTADO POR:

ROXANA BALDEON CAMACHO

ASESOR:

DR. CAMPOS MARTINEZ, HERNANDO MARTIN

CHINCHA-ICA-PERU

2018

A mi amado hijo.
que constituye la luz de existencia.

INDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Identificación del problema
- 1.2 Formulación del problema
 - 1.2.1 Problema general
 - 1.2.2 Problema específico
- 1.3 Objetivos de la investigación
 - 1.3.1 Objetivos Generales
 - 1.3.2 Objetivos Específicos
- 1.4 Justificación
- 1.5 Importancia

II. MARCO TEÓRICO

- 2.1 Antecedentes del estudio
 - 2.1.1 Tesis Nacional
 - 2.1.2 Tesis Internacional
- 2.2 Bases Epistémicas, Bases Culturales y Bases Científicas
- 2.3 Definición de los Términos Básicos
- 2.4 Formulación de hipótesis

III VARIABLES

- 3.1 Variables de Investigación
- 3.2. Definición de Variables
- 3.3 Operacionalización de las Variables

IV METODOLOGIA

- 4.1 Tipo de la Investigación
- 4.2 Diseño de la Investigación

4.3 Población

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

V REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

VI ANEXOS

INTRODUCCION

Las terapias de larga duración que brindan las organizaciones de salud generalmente incluyen dos tipos de atención: atención especializada e intermedia. Los pacientes que necesitan atención especializada requieren una atención de enfermería más extensa o habilidades especiales de enfermería. Por otro lado, a los pacientes se les brinda atención intermedia, cuando tienen enfermedades crónicas y pueden necesitar ayuda solo en actividades de su vida diaria, como la higiene individual. La documentación de la atención de enfermería de larga duración se basa en ciertos patrones, en las reglamentaciones públicas y en las tácticas de la organización, donde se brinda atención crónica. El registro también debe cumplir con las necesidades de cuidado de personas mayores de edad y las necesidades de ayuda en la casa. Es necesario que la enfermera se familiarice con las regulaciones que afectan el tipo y la frecuencia del registro que requieren los departamentos de cuidado y terapia de larga duración [9,14].

Documentación de la atención domiciliaria

Las unidades contemporáneas de la atención domiciliaria utilizan dos tipos de archivos: α) un certificado de la atención domiciliaria junto con un formulario de plan de terapia y β) una información médica junto con un formulario de información sobre la situación del paciente. Por lo general, la enfermera le asigna al paciente, a quien cuida en la casa, los documentos necesarios firmados por la enfermera y el médico a cargo. Al mismo tiempo, algunos centros de atención domiciliaria brindan a las enfermeras computadoras portátiles para que los archivos de los pacientes estén disponibles de manera directa. Usando un módem, la enfermera puede agregar nueva información con respecto a su paciente a su archivo que existe en las oficinas de los centros de atención, sin ir allí él mismo

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación Del Problema

Las anotaciones de enfermería documento escrito que se realiza en cada turno de trabajo durante la jornada laboral del profesional, enfocada en el plan de cuidados que se realiza en el día a día basados en la valoración, identificación de diagnósticos de enfermería , metas para ayudar al mantenimiento y mejora de la salud que se transforman en intervenciones de enfermería en el proceso del cuidar , basadas y dando respuesta a los modelos de enfermería como los patrones funcionales , respuestas humanas o dominios los cuales nos ayudan a encaminar nuestros procesos permanentes con el paciente, es un soporte, documento legal que se utiliza en el ejercicio del profesional de enfermería.

El profesional de enfermería que labora en las unidades de emergencia realiza de manera continua las notas o registros enfocándose en los cuidados específicos de acuerdo a cada patología del paciente las cuales deben ser claras y precisas ya que forman parte de la historia clínica , documento legal del seguimiento del cuidado del paciente , las cuales deben realizar se de manera permanente siguiendo un horario de intervenciones , no presentando borrones ni enmendaduras en su confección, deben escribirse con un lapicero azul para la guardia de día y lapicero rojo para la guardia de noche, no debiendo tener espacios libres o vacios entre reglón y reglón además de que al final debe contar con la firma y sello del profesional que realiza la anotación de enfermería.

Enfocándonos en nuestra investigación debemos tener en cuenta que en la emergencia adultos los cuidados enfermeros lo realizamos basados en el proceso de enfermería con lo cual valoramos a nuestro paciente de manera ordenada es decir céfalo caudal y obtenemos datos importantes en base a la entrevista clasificando los datos objetivos y subjetivos del individuo enfermo, todo lo cual se plasma en las anotaciones de enfermería tomado en cuenta lo obtenido de manera veraz de acuerdo a las normas de éticas que se enmarcan de nuestro código deontológico.

La búsqueda de realizar una nota de enfermería adecuada esta englobada dentro de los indicadores de la calidad del cuidado que brinda la enfermera, al ser las notas de enfermería un documento legal es de suma importancia que el profesional realizada enfocando las intervenciones de manera oportuna y adecuada dentro de la unidad de emergencias.

Avedis Donabedian refiere que la Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.⁴

Mantener un adecuado seguimiento de los cuidados que se brindan a los pacientes es de suma importancia y son las notas de enfermería los documentos que nos ayudan a verificar las intervenciones que se realizaron a nuestros pacientes en determinados turnos de trabajo en busca de mejorar los cuidados que se le brindan.

Nuestro trabajo no es individual la enfermera en las unidades de emergencias u hospitalarias, realiza de manera permanente coordinaciones con otros profesionales de la salud los cuales utilizan de manera referente mediante la lectura las anotaciones de enfermería las intervenciones, cuidados y administración de la terapéutica indicada durante el turno de atención al paciente bajo su cuidado.

En el ejercicio profesional realizando una consulta a las colegas enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia adultos del Hospital Daniel Alcides

Carrión, ellas nos refieren: “no tenemos tiempo para realizar el llenado”; “hay mucha afluencia de pacientes ”; “tenemos que escribir muy rápido” ,”deberíamos contar con un manual de diagnósticos internos”, así también se observan que no se identifican y en muchos casos la letra no es clara ni legible.; de donde surge la pregunta de investigación:¿Cuál es la calidad del registro de enfermería en el servicio de emergencias adultos del Hospital Daniel Alcides Carrión- Callao 2016?

1.2 Formulación Del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la calidad del registro de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión-Callao 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la calidad del registro de enfermería en el servicio de emergencia adulto del Hospital Daniel Alcides Carrión. Callao-Perú 2016.

1.3.2 Objetivo Específicos

- Identificar la calidad del registro de enfermería en la dimensión estructura.
- Identificar la calidad del registro de enfermería en la dimensión contenido.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La documentación es el registro escrito y legal de las intervenciones que conciernen al paciente e incluye una secuencia de procesos. La documentación se establece con el registro personal del paciente, que se basa en información sobre la situación de su salud. La importancia de la documentación de enfermería es neurálgica, siempre que sin ella, pueda haber una intervención de enfermería cualitativa completa y ni siquiera una atención eficaz para el paciente. En los propósitos de la documentación de enfermería se incluyen la investigación sobre una atención más efectiva de los problemas ya detectados, el avance de la atención a través de la organización y la modificación del plan de atención al paciente y la comunicación más directa entre los profesionales del sistema de salud, que colaborar en el cuidado del paciente. Los métodos de documentación son múltiples y entre los más básicos están el método dirigido a la fuente o el problema, el problema del sistema-intervención-evaluación, el registro enfocado, el diagrama de enfoque, el registro por excepción, los archivos electrónicos y el hogar documentación

1.5 IMPORTANCIA

La comunicación efectiva entre los profesionales del sistema de salud es de vital importancia para la calidad de la atención que se brinda al paciente. Por lo general, los miembros del grupo de terapia se comunican entre ellos por escrito u oralmente. La discusión es un estudio oral informal sobre un tema de uno o más miembros del grupo de terapia, teniendo como propósito la determinación o el reconocimiento de un problema, así como la recuperación de estrategias y sus métodos de solución.

El informe es oral, escrito, o basado en la comunicación a través de la PC, estudio, para que la información se transfiera a otros. Por ejemplo, las enfermeras siempre informan por escrito de la situación de los pacientes al final de su servicio (deber).

El archivo está escrito o registrado en la PC. El proceso de registro en el archivo de un paciente se llama registro, diagrama o documentación. El archivo clínico, que se conoce como archivo histórico o de pacientes, es un documento informal y legal que corrobora la atención de los pacientes. En varios servicios sanitarios se utilizan diferentes sistemas y métodos de documentación. Sin embargo, varios tipos de archivos de pacientes obtienen información similar. En cada organización de atención médica, las políticas se aplican en relación con el mantenimiento de registros y el registro de los datos de los pacientes, y cada enfermera es responsable de sus acciones, que deben seguir los estándares clínicos.

Las organizaciones de enfermería indican qué estimaciones e intervenciones de enfermería deben mantenerse en el registro junto con las notas de enfermería y cuáles no. Además, existen protocolos formales de enfermería sobre la observancia de los archivos documentados del paciente, así como la existencia de un diagrama de enfermería, que debe ser oportuno, completo, preciso, confidencial e individualizado.

II. MARCO TEÓRICO

Un objetivo básico de la documentación de enfermería es la creación de una base de datos en la que se incluyen los archivos de los pacientes. El archivo del paciente se guarda por muchas razones, de las cuales las más importantes son

- Comunicación entre los profesionales del sistema de salud, a través del intercambio de información que concierne al paciente.
- Creación del Plan de atención al paciente Cada científico utiliza documentos del archivo del paciente para preparar el plan de atención del paciente en particular.
- Control de las organizaciones de salud. El control es una revisión del archivo del paciente con el objetivo de confirmar la calidad proporcionada.
- Investigación La información, que está contenida en un archivo puede formar una valiosa fuente de elementos para la investigación. El plan de atención puede brindar información útil sobre la atención de muchos pacientes.
- Educación Los estudiantes en varias escuelas de la ciencia de la salud a menudo usan los archivos de los pacientes como herramientas educativas.
- Compensación La documentación también ayuda a obtener fácilmente una compensación de los seguros públicos y privados. Para obtener una compensación, el archivo de la situación clínica del paciente debe tener el diagnóstico correcto, que debe incluirse en el grupo de enfermedades que se están compensando y también informar que se ha brindado la atención adecuada.

- Documentación legal La información de los archivos puede ayudar a los profesionales del sistema de salud a señalar las necesidades de la institución de enfermería en particular, así como los servicios del hospital.

Documentación de las actividades de enfermería.

El archivo del paciente debe describir su situación actual y reflejar todo el proceso de enfermería. Independientemente del sistema de documentación utilizado por una institución, las enfermeras registran constantemente diversas pruebas de la actividad de enfermería, a lo largo de la duración del beneficio de la atención.

Evaluación de enfermería durante la entrada La estimación inicial de la situación del paciente se lleva a cabo durante su ingreso a la unidad de enfermería y se denomina base de datos inicial, antecedentes de enfermería o evaluación de enfermería. La evaluación inicial de la situación se lleva a cabo con el examen clínico sistemático y con el examen de las capacidades funcionales del paciente, la investigación de los problemas de salud y los posibles peligros. La enfermera generalmente registra las evaluaciones o reevaluaciones que se avecinan en hojas de flujo o en notas de progreso de enfermería.

Plan de cuidado de enfermería Los comités de certificación de las organizaciones de salud requieren, la documentación clínica para incluir elementos de las evaluaciones de los pacientes, el diagnóstico de enfermería y / o las necesidades de los pacientes, las intervenciones de enfermería, los resultados que mostraron los pacientes y los elementos de una corriente plan de cuidado de enfermería.

Dependiendo del sistema de documentación que se utiliza, el plan de atención de enfermería puede ser diferente de los antecedentes del paciente, puede incluirse en las notas de enfermería o incorporarse en un plan de atención

multidimensional. Hay dos tipos de planes de cuidado de enfermería: el tradicional y el estandarizado. El plan de atención tradicional está escrito para cada paciente.

El tipo varía de una organización a otra de acuerdo con las necesidades del paciente y el departamento. La mayoría de los tipos tienen tres columnas: una para el diagnóstico de enfermería, una segunda para los resultados esperados y una tercera para las intervenciones de enfermería. Los planes de atención estandarizados se desarrollan con el fin de ahorrar tiempo durante el registro. Estos planes pueden confiar en las prácticas constantes de la organización, contribuyendo así en beneficio de la alta calidad en la atención.

Los planes de atención estandarizados deben ser individualizados por la enfermera, a fin de satisfacer las necesidades individuales de cada paciente

El propósito del informe es transmitir información valiosa a una persona o grupo de personas. Un informe, ya sea oral o escrito, debe ser breve e incluir toda la información relevante, sin más detalles. Además, el informe durante el cambio de turno y el informe a través del teléfono, también puede incluir el intercambio de información o ideas con otros colegas y otros profesionales del sistema de salud con relación a la atención brindada al paciente.

Informe del cambio de turno

El informe del cambio de turno es el informe que se entrega a todas las enfermeras del próximo turno. Su propósito es brindar atención constante a los pacientes, brindando a los empleados del nuevo turno un breve resumen de las necesidades de los pacientes y las instrucciones para su atención. Los informes durante el cambio de turno se pueden dar por escrito u oralmente, ya sea por comunicación personal entre las enfermeras o por un cassette de grabación. La persona del informe por persona permite al oyente hacer preguntas durante el informe. Los informes escritos y grabados suelen ser más cortos y se desperdicia menos tiempo.

Visitas de enfermería Las visitas de enfermería son procesos en los que dos o más enfermeras visitan pacientes seleccionados.

Durante las visitas, la enfermera determina los registros de un breve resumen de las necesidades de enfermería del paciente y las intervenciones que se han aplicado. Las visitas de enfermería ofrecen ventajas tanto para los pacientes como para las enfermeras. Los pacientes pueden participar en la conversación y las enfermeras pueden observar nuevamente la situación de salud del paciente y el equipo que se requiere.

Sistemas de grabación de la enfermería Hay una cantidad importante de sistemas de grabación, que se usa hoy en día:

1. La grabación se enfocó en la fuente
2. La grabación se centró en el problema
3. El modelo de registro problema-intervención evaluación (PIE)
4. La grabación enfocada
5. Gráficos por excepción
6. Grabación en la computadora
7. Administración de casos

El método de grabación de datos más utilizado es el que tiene lugar en función de la fuente de información. Cada persona o rama profesional fabrica sistemas de símbolos para un área específica o piezas del diagrama del paciente. Por ejemplo, el departamento de entrada tiene una hoja de entrada, el médico tiene una hoja de antecedentes médicos, hojas de instrucciones y notas de progreso. Las enfermeras usan las notas de enfermería y las otras ramas profesionales, que están ocupadas con el paciente, tienen sus propios archivos.

En este tipo de grabación, la información sobre un problema específico se distribuye por todo el archivo. El diagrama descriptivo constituye un departamento común de registro basado en la fuente. Esto consiste en notas escritas que incluyen la atención de rutina, los resultados habituales de la misma y los problemas del paciente. Los registros basados en la fuente son útiles porque aquellos que brindan atención pueden localizar fácilmente los formularios en los que van a registrar los datos y es fácil descubrir alguna información específicamente registrada. La desventaja es que la información

relacionada con un problema está dispersa en todo el diagrama, y como resultado de eso es difícil encontrar información cronológica sobre los problemas y el progreso del paciente].

En el registro centrado en el problema, los datos se registran según los problemas del paciente y no la fuente de información. Todos los miembros del grupo de terapia completan la lista de problemas, el plan de atención y las notas de progreso.

Los planes para cada problema activo o posible son estereotipados y las notas de progreso se registran para cada problema. La ventaja de este método de grabación es que: a) fomenta la colaboración y b) la lista de problemas en la primera parte del diagrama pone en guardia a quienes brindan atención a las necesidades del paciente y de esa manera es más fácil observar la situación de cada problema. Las desventajas son que (a) las personas que brindan atención varían en la capacidad de usar este tipo de registro, (b) se requiere mucho tiempo para completar la lista de problemas a diario y (c) es inadecuada porque las evaluaciones y las intervenciones, que están hechos para más de un problema, deben repetirse.

El registro centrado en el problema tiene cuatro (4) componentes básicos:

- Base de datos
- Lista de problemas
- Plan de cuidado
- Notas de progreso

2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

H(i) Las características de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión son precisas, claras y concisas.

H(o) Las características de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión no son precisas, claras y concisas.

III VARIABLES

3.1 Variables de Investigación

Calidad del Registro de Enfermería

3.2. Definición de Variables

Calidad del Registro de Enfermería

IV METODOLOGIA

4.1 Tipo de la Investigación

Es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo.

4.2 Diseño de la Investigación

El estudio se realizara en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, ubicado en el distrito del Callao, departamento de Lima, cuenta con el servicio de hospitalización, Uci, consulta externa y servicios de emergencia(adulto, ginecobstetricia y pediátrico).

4.3 Población

La población estuvo conformada por todos los registros de enfermería elaboradas en el servicio de emergencia adulto.

Criterios de inclusión:

Ser anotaciones de enfermería del servicio de emergencia del HNDAC en los meses Enero-Marzo 2016.

Criterios de exclusión:

Registros de anotaciones de otros servicios.

Registros de enfermería incompletas.

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento una hoja de registro.

CAPITULO V

ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION

5.1 Recursos humanos

- Asesor de investigación

5.2 Recursos materiales

Para el desarrollo de la investigación se utilizo

- Hojas bond, Lapiceros, lápices, Impresión, Folders manila

5.3 Presupuesto

Categoría de presupuestos	Nº	Unidad	Costo Unitario	Costo Total
1. Personal				
Asesor metodológico	6	Horas	120	720
Asesor estadístico	6	Horas	100	600
Ayudante de investigación	5	Horas	20	100
Digitador	10	Horas	8	80
SUBTOTAL				1500
2. SUMINISTROS				
Papel bond	1000	Hojas	0.03	30
Folders	10		0.5	5
USB	01		20	20
Lapiceros	5		2	10
SUBTOTAL				65
3. Servicios				
Transporte		Pasajes		50
Búsqueda bibliográfica Internet		Hora	1.5	60
Fotocopias	300	Hojas	0.05	15

5.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nombre de las Actividades	Cronograma de Actividades															
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1a. Recopilar detalles de la inspección y reconocimiento de cada una de las maquinarias.	■															
1b. Realizar formato que contenga información específica de cada uno (placas, seriales, modelos, operatividad, tipo, modelos, etc.)		■														
1c. Tomar y analizar los datos obtenidos.			■													
2ª. Verificar si dentro del sistema de mantenimiento se cuenta con los formatos para cumplir con un programa de mantenimiento efectivo.				■												
2b. Realizar una lista de chequeo de mantenimiento y órdenes de trabajo para la rutina de mantenimiento Preventivo, semanal, mensual y trimestralmente.					■	■	■									
3a. Revisar la documentación escrita sobre el mantenimiento efectuado a los equipos.							■	■								
3b. Inspeccionar las condiciones actuales de dichos equipos.									■	■						
4a. Describir las actividades específicas a realizar indicando la frecuencia con la cual debe llevarse a cabo.											■					
4b. Suministrar capacitación a los operadores con respecto al uso adecuado de los equipos.												■				
4c. Notificar a la empresa el nuevo establecimiento e implementación del programa de mantenimiento propuesto.													■			

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Prieto de Romano Gloria; Chavarro Maria Teresa. Notas de enfermería .tomado de:
http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=58
2. Notas de enfermería.
http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.pe/p/blog-page_13.html
3. Colegio de enfermeros del Perú. LEY DEL Trabajo del enfermero 27669.Tomado de: http://www.enfermeroscallao.org.pe/web/wp-content/uploads/2015/07/ley_trabajo_enfermero.CEP_.PERU_.pdf
4. Alvar Net, Suyos Rosa. Investigaron: La Calidad de la atención. Tomado de :
http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- 5.Ortiz Carrillo, Chávez Maria. Investigaron: el registro de enfermería como parte del cuidado. Tomado de:
<https://bibliotecadeenfermeria.jimdo.com/app/download/7503199369/E-F-038.pdf>
- 6.Socob Amabilia. Investigo: EVALUACIÓN DE LA NOTA DE ENFERMERÍA EN LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE MUJERES, HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPEQUEZ, GUATEMALA. AGOSTO A OCTUBRE 2014.Tomado de:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>
- 7.Cedeño Stephania, Guananga Diana. Investigaron: Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2013.Tomado de:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8750#sthash.vOSKgxd.dpuf>

8. Lopez cinthya, Villa Yeimis. Investigaron: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA CLINICA DE TERCER NIVEL DE ATENCION DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. 2012. Tomado de: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/578/EVALUACI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20LAS%20NOTAS%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf?sequence=1>

9. Gutierrez Virginia, Esquen Yolanda, Gomez Eleana. Investigaron: Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, 2012- Tomado de: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/214

10. Morales Sandra. Investigo: CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA AÑO 2011. Tomado de: http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1

ANEXOS:

CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HNDAC”

AÑO 2018

CARATERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		Observaciones
CONTENIDO	SI	NO	
1. Efectúa la valoración mediante el examen físico.			
2. Registra funciones vitales.			
3. Registra los Signos y síntomas del paciente.			
4. Informa sobre el tratamiento administrado.			
5. Registra si se presenta reacciones adversas al tto.			
6. Utiliza el modelo según patrones funcionales para la realización de anotaciones de enfermería.			
7. Utiliza el modelo según respuestas humanas. para las anotaciones de enfermería.			
8. Utiliza el modelo de anotaciones tipo SOAPIE			
9. Los diagnósticos de enfermería son enfocados con adecuado juicio , según la patología del paciente.			
10. Las intervenciones de enfermería van de acuerdo al Dx. Enfermero utilizado.			
CARATERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		Observaciones
CONTENIDO	SI	NO	
9. Coloca nombre y apellido del paciente.			
10. Registra Numero de historia clínica.			

11. Registra Número de cama.			
12. Registra Fecha y hora.			
13. Registra Datos Subjetivos			
14. Registra Datos Objetivos			
15. Realiza Ejecución			
16. Realiza Evaluación			
17. Refleja redacción presentación y orden			
18. Usa lapicero con los colores oficiales según turno.			
19. Sin enmendadura.			
20. Sin tacha			
21. Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).			

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES
<p>Calidad del Formato de Registro de Enfermería.</p>	<p>Son las características que presentan los registros que realiza la enfermera de hechos esenciales que ocurren al paciente incluyendo disposiciones elaboradas por la enfermera y agravando las respuestas del paciente y que deben tener ciertas características.</p> <p>En estructura se debe evaluar el área física, psicológica y social.</p>	<p>Es todo aquella información escrita en la hoja de registro en el cual se consigna datos, con exactitud, en cuanto a su contenido y estructura. La cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y medida en forma completa e incompleta.</p> <p>Recolectando los datos a través del análisis documental utilizando la lista de chequeo.</p>	<p>Contenido</p>

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	ITEM	RESPUESTA	OPERACIONALIZACION
CONTENIDO	1. Efectúa la valoración mediante el examen físico.	SI	1
		NO	0
	2. Registra funciones vitales.	SI	1
		NO	0
	3. Registra los Signos y síntomas del paciente.	SI	1
		NO	0
	4. Informa sobre el tratamiento administrado.	SI	1
		NO	0
	5. Registra si se presenta reacciones adversas al tto.	SI	1
		NO	0
	6. Utiliza el modelo según patrones funcionales para la realización de anotaciones de enfermería.	SI	1
		NO	0
	7. Utiliza el modelo según respuestas humanas para las anotaciones de enfermería.	SI	1
		NO	0
	8. Utiliza el modelo de anotaciones tipo SOAPIE	SI	1
		NO	0
	9. Los diagnósticos de enfermería son enfocados con adecuado juicio, según la patología del paciente.	SI	1
		NO	0
	10. Las intervenciones de	SI	1

ESTRUCTURA	enfermería van de acuerdo al Dx. Enfermero utilizado.	NO	0
	10. Coloca nombre y apellido del paciente.	SI	1
		NO	0
	11. Registra Numero de historia clínica.	SI	1
		NO	0
	12. Registra Número de cama.	SI	1
		NO	0
	13. Registra Fecha y hora.	SI	1
		NO	0
	14. Registra Datos Subjetivos	SI	1
		NO	0
	15. Registra Datos Objetivos	SI	1
		NO	0
	16. Realiza Ejecución	SI	1
		NO	0
	17. Realiza Evaluación	SI	1
		NO	0
	18. Refleja redacción presentación y orden	SI	1
		NO	0
	19. Usa lapicero con los colores oficiales según turno.	SI	1
		NO	0
	20. Sin enmendadura.	SI	1
		NO	0
21. Sin tacha	SI	1	
	NO	0	
22. Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).	SI	1	
	NO	0	