



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



**“CONOCIMIENTO ENFERMERO EN ELABORACIÓN DE
REGISTROS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA -
SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES- 2017”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORA:

BACH. FLOR MARIVEL PUSE GARAY

ASESORA

DRA. MARIA SEITUQUE VALDERRAMA

CHICLAYO- PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la dicha de nacer, por ser mi fortaleza y guía para seguir con mis sueños y no renunciar , enseñándome a encarar las adversidades y poder lograr lo anhelado.

A mi familia, por ellos soy lo que soy hoy en día, para mis padres por su apoyo y consejos en especial a mi tío por todo lo que me brinda, a mis hermanos, abuelos, tíos, sobrinos, primos, a mis angelitos que en el lugar donde se encuentran siempre están cuidando de mí y a todas las personas que me apoyaron durante toda mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A la doctora en ciencias de la salud María Mercedes Seituque Valderrama por su asesoría en el desarrollo de la presente tesis.

A la licenciada en estadística Génesis Guevara Vásquez por su apoyo en el desarrollo de la estadística.

A las licenciadas en enfermería Liliana Arroyo Cabrejos, Yoli Fernández por el apoyo brindado durante la ejecución de la tesis.

A las autoridades del hospital regional docente Las Mercedes por haberme permitido realizar la ejecución de la tesis.

Al señor Mamerto Puse Serrato por el apoyo brindado para poder realizar la tesis, y a todas las personas que me han apoyado durante toda mi carrera universitaria.

	INDICE	pág.
I.	RESUMEN	5
	ABSTRACT	6
II.	INTRODUCCION	7
	2.1. Marco Teórico	
	2.1.1. Situación problemática	9
	2.1.2. Antecedentes bibliográficos	10
	2.1.3. Base teórica	10
	2.2. Problema	30
	2.3. Objetivos	31
	2.4. Justificación e Importancia del estudio	32
	2.5. Definición y Operacionalización de variables	33
III.	MATERIAL Y METODOS	
	3.1. Tipo de investigación	50
	3.2. Población y muestra: tipo de muestreo, tamaño de muestra	50
	3.3. Instrumentos y Técnicas de Recolección de datos	50
	3.4. Análisis estadístico	52
IV.	RESULTADOS	53
V.	TABLAS	55
VI.	DISCUSION	61
VII.	CONCLUSIONES	68
VIII.	RECOMENDACIONES	69
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
X.	ANEXOS	74

I. RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo** determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia - hospital regional docente Las Mercedes- 2017. **Material y método:** investigación de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo. La población de estudio conformada por treinta y un (31) enfermeras (os) del servicio de emergencia, a quienes se les aplicó un cuestionario conformado por 24 preguntas, elaborado por la investigadora y validada por juicio de expertos; los datos fueron codificados y verificados en aplicativo Excel, para luego ser analizados en software estadístico SPSS versión 24. **Resultados:** 61.3% del personal de enfermería tiene conocimiento medio, características sociodemográficas relevantes la mediana de edad es de 47 años, 87,1 % son de sexo femenino, 80,6% cuenta con licenciatura y en consecuencia con grado académico de bachiller, valor medio 17 años de servicio y el 80,6% no realiza labor de docencia, 45.2% no se capacitó, 61,3 % desconoce la norma técnica competente y el 54,8% realiza los registros de enfermería durante la jornada laboral, según tipo de registro notas de enfermería 54,8% conocimiento alto, kardex 80,6 % conocimiento medio, balance hídrico 74,2 % conocimiento medio, hoja grafica 41,9% conocimiento alto. **Conclusión:** El nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica del servicio de emergencia, es medio. **Recomendaciones** Al Departamento de Enfermería: Socializar los resultados de la presente investigación. Implementar en su plan de trabajo el monitoreo de la evaluación de la calidad de los registros de enfermería. A la Unidad de Calidad y de Capacitación: Socializar la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

Palabras claves: Historia clínica, conocimiento, registros de enfermería, hoja gráfica, hoja kardex, notas de enfermería, hoja de balance hidroelectrolítico, enfermera.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of nursing knowledge in the preparation of nursing records in clinical records - emergency service - regional teaching hospital Las Mercedes - 2017. Material and method: research with a quantitative approach, descriptive method. The study population consisted of thirty-one (31) nurses of the emergency service, to whom a questionnaire was applied consisting of 24 questions, prepared by the researcher and validated by expert judgment; the data were codified and verified in Excel application, to be later analyzed in statistical software SPSS version 24. Results: 61.3% of the nursing staff has average knowledge, relevant sociodemographic characteristics the median age is 47 years, 87.1% are female, 80.6% have a bachelor's degree and consequently with a bachelor's degree, average value 17 years of service and 80.6% do not do teaching work, 45.2% did not train, 61.3 do not know the norm competent technique and 54.8% perform nursing records during working hours, according to type of registry nursing notes 54.8% high knowledge, kardex 80.6% average knowledge, water balance 74.2% average knowledge, sheet graph 41.9% knowledge high. Conclusion: The level of knowledge nurse in the development of nursing records in clinical records of the emergency service, is medio. Recomendaciones To the Department of Enfermer to: Socialize the results of this investigation. Implement in its work plan the monitoring of the evaluation of the quality of nursing records. To the Quality and Training Unit: Socialize the Health Technical Standard for the Management of the Clinical History.

Keywords: Clinical history, knowledge, nursing records, graphic sheet, kardex sheet, nursing notes, hydro electrolytic balance sheet, nurse.

II. INTRODUCCION

La Historia Clínica y en general todos los registros de profesionales sanitarios, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud, y del establecimiento, además de proporcionar información con fines de investigación y docencia (1-3). En consecuencia se convierte en la prueba documental que refleja el conocimiento y capacidad del profesional de la salud que brinda asistencia sanitaria, expresada en la calidad de la atención.

La atención hospitalaria constituye un eslabón importante en la atención sanitaria, al brindar servicios de salud más complejos dado por la especialización y tecnificación de sus recursos, es así que en el hospital regional docente Las Mercedes, establecimiento del ministerio de salud, categoría II-2 (4), Según norma técnica 021.MINSA/DGSP-V.02 “Categorización de los establecimientos del sector salud”(4), la categoría II-2 tiene capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados críticos , ello implica equipamiento, infraestructura y recursos humanos diferenciados en relación a los establecimientos con categorías menores.

El servicio de emergencia de dicho establecimiento de salud cuenta por turno con tres personales de enfermería en tópico de medicina, uno en tópico de pediatría de igual manera observación varones, observación mujeres y tópico de cirugía , dicho servicio

afronta cada día una gran demanda de pacientes, anualmente se atienden un promedio 24,000 pacientes, 67 pacientes diarios, los cuales requieren atención inmediata considerando que su vida está en riesgo y debiéndose priorizar su atención, al mismo tiempo es necesario dejar evidencia de lo realizado a través del registro en el documento oficial, cuál es, la historia clínica, por ende la enfermera en su función asistencial requiere realizar la elaboración de los registros de enfermería de cada uno de los pacientes durante las 24 horas del día. El registro permite conocer la evolución del paciente, así como el cuidado enfermero, con la finalidad de lograr continuidad y seguridad en el cuidado, además de transmitir información válida y confiable en el equipo de salud, convirtiéndose así en registros esenciales, de gran valor legal, indicador de calidad, y acreditador de la calidad de atención de enfermería en el servicio de emergencia (5).

Sin embargo, lo observado durante las prácticas de pre grado y estudio de investigación realizado por M. Seituque sobre evaluación de la calidad de los registros de enfermería mediante auditoría en el servicio de emergencia-año 2013 (6) ponen de manifiesto que los diferentes registros que realiza el profesional de enfermería en la historia clínica: Hoja gráfica, balance hídrico, kardex, y anotaciones de enfermería; los tres primeros se encuentran en la categoría de aceptable , sin embargo los datos que lo constituyen muestra gran dispersión, y en cuanto al registro anotaciones de enfermería se encuentra en la categoría de no aceptable al no estar de acuerdo a los criterios establecidos para su elaboración.

La calidad en la prestación de los servicios de salud constituye gran preocupación en la gestión de los servicios de enfermería a nivel internacional y nacional, su elaboración

muestra debilidades al contrastarlas con documentos normativos que establecen criterios para su construcción.

La ley del trabajo de la enfermera(o) peruano N° 27669 del 15 de febrero del 2002 y su reglamento N° 004-2002- SA (7), establece como una de las funciones de la enfermera(o) brindar cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería, el cual debe ser registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente, por ello es muy importante la evaluación del conocimiento enfermero en la elaboración de registros de enfermería.

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Situación problemática

La calidad en la prestación de los servicios de salud, constituye gran preocupación en la gestión de los servicios de enfermería a nivel internacional y nacional debido a que no se da una correcta elaboración de las historias clínicas existiendo deficientes estudios sobre conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería y la existente se centra sobre todo a evaluar la calidad de los registros de enfermería.

Estudios realizados en el 2013 (6) mediante auditoria en el servicio de emergencia del hospital regional docente Las Mercedes sobre la evaluación de la calidad de los registros de enfermería se registró que la calidad de registros de enfermería es aceptable, encontrándose en la misma categoría: hoja gráfica de signos vitales, kardex, balance hidroelectrolítico y atributos; no aceptable anotaciones de enfermería; la

calidad de los ítems que conforman los registros existe mayor dispersión en hoja gráfica, anotaciones de enfermería y atributos.

Los estudios existentes están referidos sobre todo a evaluar la calidad de los registros que forman parte de la historia clínica: hoja gráfica, hoja de kardex, hoja de balance hídrico, y notas de enfermería, la investigadora se cuestiona que sucede con estos registros que forman parte de la historia clínica y son poco evaluados.

2.1.2. Antecedentes

Debido a que se encuentran escasas publicaciones en el ámbito de conocimiento enfermero se cita lo encontrado.

Seituque V. (2013), en su estudio denominado “Evaluación de la calidad de los registros de enfermería mediante auditoría- servicio de emergencia- hospital regional docente Las Mercedes- I semestre del 2013”, con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería mediante auditoría a pacientes atendidos en observación de emergencia, hospital regional docente Las Mercedes y proponer sistema de monitoreo mediante cartas de control. Estudio de tipo descriptivo. Población constituida por 260 historias clínicas contenían 814 registros de especialidades medicina, cirugía, pediatría y gineco-Obstetricia, fue determinada por fórmula de cálculo de porcentajes para investigación descriptiva. Resultados el 93.1% de los registros de enfermería tienen un nivel de calidad bueno, según tipo de registro hoja gráfica 79.7% bueno, kardex 91.2% excelente, balance hídrico 72.1% excelente, anotaciones de enfermería 72.4% regular y en atributos 79.7% bueno. Conclusión

la calidad de registros de enfermería es aceptable, encontrándose en la misma categoría: hoja gráfica, kardex, balance hídrico y atributos; no aceptable anotaciones de enfermería; la calidad de los ítems que conforman los registros existe mayor dispersión en hoja gráfica, anotaciones de enfermería y atributos (6).

2.1.3. Base teórica

En el presente estudio se considera que la teórica de enfermería que compete en este caso es FLORENCE NIGHTINGALE con su libro Notas de enfermería. Qué es y Qué no es, recoge lo que considera como principios de la práctica en enfermería.

Para Nightingale, la enfermería es un atributo propio de la mujer. Para ella ser enfermera significa tener la responsabilidad de velar por alguien, en el contexto social en el que surge su modelo, esta responsabilidad recae directa y plenamente sobre las mujeres. Pero es bueno señalar que en su libro "Notas de enfermería. Qué es y Qué no es", evidencia la necesidad de valores profesionales: bondad, solidaridad, espíritu de sacrificio, respeto y tolerancia en el sentido de ver y tratar al paciente como a un igual, al que se orienta sobre lo que debe hacer y cómo hacerlo correctamente.

Nightingale define la enfermedad como un proceso reparador. Es un esfuerzo de la naturaleza para remediar un proceso de envenenamiento o debilitamiento, o reacción contra las condiciones en la que se encuentra la persona.

El cuidado es un servicio a la Humanidad que la enfermera asume y que lleva a cabo poniendo al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él impidiendo que el proceso reparador se rompa, y así hacerlo efectivo y devolverle la salud. Este recibe la influencia de la enfermera, pero es un ser pasivo en lo que se refiere al proceso de cuidar.

Nightingale durante la guerra de Crimea recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros. Ella inventó un gráfico de área polar, en el que las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular. Esta información fue su herramienta para promover la reforma. Sus cálculos sobre la tasa de mortalidad muestran que con una mejoría en los métodos de sanidad las muertes bajarían.

Su trabajo y el de su equipo, centrado en la higiene y la alimentación de los soldados heridos, permitió reducir la mortalidad de manera sostenible (8,9).

CONOCIMIENTO: El diccionario de la lengua española define el conocimiento como acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural, noción, saber o noticia elemental de algo, estado de vigilia en que una persona es consciente de lo que le rodea (10).

De igual forma Mario Bunge (11) define el conocimiento como “Conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “El conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el

conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”.

Desde el punto de vista pedagógico; conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón (12).

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico (13).

HISTORIA CLÍNICA: conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente (14).

La Historia Clínica tiene como principal uso: Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente,

servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente, proporcionar información para usos de investigación y docencia, contribuir al sistema de información proporcionando datos para la programación, evaluación de actividades de salud local, regional y nacional, ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del establecimiento de salud y del personal de salud (15).

Las historias clínicas también son usadas y solicitadas con fines de docencia e investigación, deberán ser revisadas en los ambientes de la unidad de archivos, previo se deberá contar con la autorización escrita del director del establecimiento de salud(o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad), así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo del mismo en la solicitud de autorización (15), la información obtenida de la historia clínica se consignará de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad, las personas que desean hacer uso de las historias clínicas.

Según la norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. NTS-N°022- MINSA/DGSP-V02 (16), la historia clínica cuenta con una estructura básica que se inicia con identificación del paciente, por otro lado registro de la atención de salud, acto seguido de información complementaria. En la identificación del paciente en esta sección o parte de la historia clínica contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su historia clínica y datos sobre el establecimiento de salud, posteriormente se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente, para lo cual el prestador de

salud utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta, mientras que en información complementaria aquí se van a encontrar resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contra referencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente.

En la historia clínica se van a desarrollar diferentes tipos de formatos básicos entre ellos tenemos formatos en consulta externa, formatos en emergencia, formatos en hospitalización y la ficha familiar, dentro del formato en emergencia se considera que toda atención de emergencia debe ser registrada en la historia clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el decreto supremo N° 016-2002/SA (17). El contenido mínimo del formato de atención en el servicio de emergencia se debe de considerar fecha y hora de atención, datos de filiación, anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta, antecedentes familiares, examen físico, exámenes auxiliares el diagnóstico presuntivo, plan de trabajo, terapéutica y seguimiento, firma y sello del médico tratante, debe incluirse también la hoja de consentimiento informado de ser el caso, hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso epicrisis y/o resumen de historia clínica.

Dentro de los tipos de formatos también se va a encontrar formatos especiales que son aquellos que representan el resto de formatos que se encuentran dentro de la historia clínica pero no son consignados dentro de la categoría de básicos, como los de identificación/filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contra referencia, de seguros: seguro integral de salud (SIS) y seguro obligatorio contra accidentes de tránsito (SOAT) y los registros de enfermería.

ELABORACIÓN Y REGISTRO:

Según el artículo 29^o de la Ley General de Salud, todo acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente (7).

Los registros de los diagnósticos serán de acuerdo a la clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud según la clasificación internacional de enfermedades decima versión (CIE 10 vigente).

Todas las anotaciones contenidas en la historia clínica deberán ser objetivas, con letra legible y utilizando sólo las abreviaturas o siglas aprobadas por el establecimiento.

Evitar el uso de generalizaciones como: bueno, justo, normal entre otras. Estas descripciones están abiertas a muchas interpretaciones basándose en el punto de referencia del lector.

Describir de forma objetiva sin prejuicio, valores, juicio en opiniones personales.

Así también deberán incluirse la información subjetiva, proporcionada por el cliente, la familia y otros miembros del equipo de salud.

Los errores en la historia clínica se corregirán trazando una línea con lapicero color rojo sobre el error, anotando la fecha, firma, sello de la persona responsable, y consignando el fundamento de la corrección.

Escribir con tinta azul si el turno que realiza es mañana y tarde, lapicero tinta roja si el turno es durante la noche.

Cada anotación realizada por estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deberá ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes responsables.

Todas las anotaciones en la historia clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realizó el acto médico, consignándose claramente, el nombre, apellido, número de colegio profesional y sello.

Toda hoja de la historia clínica deberá ser identificada con el nombre completo, número de historia clínica del paciente, en un lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama (16).

REGISTRO DE ENFERMERIA

Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería, avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y evita errores, además son un respaldo legal a

posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados brindados durante la estancia hospitalaria (18).

La documentación más antigua respecto a los registros del trabajo de enfermería en relación a la atención de pacientes, aparece por primera vez en el libro de Florence Nightingale "Notas sobre Enfermería" (9) donde la autora presenta en forma de conclusiones una serie de observaciones y reflexiones sobre el tema "Cuidado del Paciente Junto a su Lecho". El propósito fundamental de su trabajo fue que las mujeres que tenían a su cargo el cuidado de la familia pensarán en la mejor forma de cómo cuidar; a pesar de haber transcurrido poco más de cien años de éste escrito, es innegable la preocupación continua del personal de enfermería en satisfacer las necesidades fundamentales de los pacientes, así como el trabajo cuidadoso respecto a los seres humanos en situaciones de salud y enfermedad. Nightingale enfatizó sobre la observación para mejorar el cuidado, así mismo refiere que es fundamental detectar que síntomas indican mejoría, cuales empeoramiento, cuales tienen importancia, cuáles no, cuales muestran evidencia de negligencia y qué clase de negligencia; al mismo tiempo advirtió sobre el hábito de observar las circunstancias y hacer juicio sobre la base de una información suficiente.

El Colegio de Enfermeros del Perú, hace referencia que los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la prestación (19).

Para Carpenito (20), los registros de los cuidados de enfermería deben ser: pertinentes y concisos, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones de paciente. Tendrán que anotarse las intervenciones de enfermería y las respuestas del paciente. Entonces los registros deben contener de manera oportuna, lógica y secuencial los problemas identificados en el enfermo, con el fin de tener un historial continuo de las respuestas, hechos acontecidos en el paciente, con ello evitar repeticiones y pérdidas de tiempo en la atención. Por consiguiente un registro de enfermería debería de ser aquel que recoge información suficiente para permitir que el otro profesional, asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del enfermo.

De igual modo Kozier (21), señala que la comunicación escrita impide la fragmentación, la repetición y las demoras en la atención al cliente, por consiguiente la documentación adecuada en los registros impide que los cuidados se realicen por parte, que se repitan cuidados que no son necesarios y que se presenten retardos en la atención del paciente, ya que en los registros, deben estar especificados los cuidados pendientes.

Además, los registros que realiza el profesional de enfermería en la historia clínica pone de manifiesto valores éticos, los mismos que están considerados en el código de ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, capítulo III, artículo 27 (22): “La enfermera(o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional”.

Artículo 28. “Los registros de enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad”.

Finalmente es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización (21).

CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.

Según Iyer (23) todo registro de enfermería deberá tener las siguientes características:

OBJETIVIDAD, es decir, deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Ej.: Refiere consumir “dos litros de vino al día” NO: Alcohólico

Describe de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. Ej.: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”

Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entrecomillas.

Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

PRECISIÓN Y EXACTITUD:

Deben ser precisos, completos y fidedignos.

Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.

Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto. Ej.: A las 12:00h, presenta apósito manchado de manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático. NO: Apósito manchado

Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho” Ej.: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml.

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas (24).

Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente

Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

Ej.: IR: Insuficiencia respiratoria o renal

No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Los errores en la historia clínica se corregirán trazando una línea sobre el error y anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable, y consignando el fundamento de la corrección.

Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos. Ej.: L. Valentín o LVM (D.U.E.)

No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

SIMULTANEIDAD:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno

Evitando errores u omisiones.

Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.

Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Ej.: Si se registra “Ha descansado bien toda la noche” y a las 6:00h se produce un paro cardio respiratorio (PCR), el registro ya no es fidedigno (25).

AQUELLO QUE NO SE DEBE ANOTAR:

Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente. Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo. No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.

No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.

No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren. Ej.: Informes de caídas.

No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.

No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas (26).

NOTAS DE ENFERMERÍA, es una herramienta que facilita la recogida de datos, por lo tanto ayuda en el trabajo diario de la enfermera, permite desarrollar planes de cuidados individualizados y está disponible para todo el personal de enfermería. A través de la evaluación de los registros se mejora la calidad en los cuidados que aporta la enfermera, también mejora el intercambio de información sobre el paciente, entre el personal

de enfermería, promueve la continuidad del cuidados del paciente y aumenta la satisfacción en el trabajo diario de la enfermera. Para su elaboración deben contener las notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora, la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente por consiguiente las funciones vitales, funciones biológicas, estado general, evolución en el transcurso de la hospitalización también se deberá anotarse los síntomas significativos observados, el tratamiento realizado, además se debe de anotar en los tres turnos: mañana, tarde, noche, en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera. El tratamiento aplicado debe ser claro, sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras y por consiguiente todas las anotaciones deben tener fecha, hora, firmadas con el nombre completo de la enfermera, número de su colegiatura y su firma. Las notas de enfermería deben ser registradas en todos los turnos del día, generalmente 3 turnos: mañana, tarde y noche; de acuerdo al lenguaje enfermero se utilizará lapicero tinta azul para el turno mañana- tarde y lapicero tinta roja para el turno noche.

Según el artículo 9° del reglamento de la ley del trabajo de la enfermera(o), el registro en las anotaciones de enfermería en la historia clínica, tiene como base al proceso de atención de enfermería (PAE) que incluye valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación (26).

El Ministerio de Salud evalúa la calidad del registro de enfermería teniendo como base las normas establecidas en el SOAPIE (24).

El SOAPIE, es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera(o). Es conocido como estructura o siglas del registro de enfermería.

S, significa datos subjetivos, se obtiene de la entrevista.

O, significa datos objetivos, se obtiene de la observación, del uso de escalas o instrumentos (examen físico céfalo-caudal, utilización de técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación).

A, significa análisis o diagnóstico, puede ser real o potencial, siempre va el relacionado con (R/C) para determinar los factores determinantes o condicionantes.

P, significa planificación, se registra el objetivo de la planificación.

I, significa intervención, se registra la acción y es realizada en el paciente.

E, significa evaluación o resultado esperado, se registra en presente.

Concluye con la firma, número de colegiatura y sello de la enfermera(o) que atendió al paciente (24).

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS O KARDEX, es un método conciso para organizar y registrar datos acerca de un paciente y facilita el acceso inmediato a la información de todos los profesionales de la salud intervinientes.

Es un tipo de registro de enfermería que se debe de considerar para su elaboración de acuerdo al NTS- N°022- MINSA/DGSP-V02 (16) el nombre y apellido del paciente, el número de historia clínica, nombre del medicamento suministrado, fecha de inicio y fecha en que se discontinuó,

las horas diarias en que se administra y también los nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.

La información que suele ofrecer el kardex o el resumen de asistencia del paciente son los siguientes: Datos biográficos básicos (nombre, edad, sexo). Diagnóstico médico principal, ordenes médicas en curso que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).

Debe ser claro, actual y flexible, Medidas tomadas por enfermería, no ordenadas por el médico, para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas de seguridad, medidas para la comodidad, educación, etc.), Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad utilizadas en los cuidados del paciente. Las medidas de acción de enfermería deben estar basadas en principios científicos. Se han de desarrollar objetivos a corto y largo plazo para lograr metas aceptables.

Los pasos a seguir para el llenado son (27):

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, en la parte superior derecha hay un espacio reservado para la identificación del enfermo, que constará de los siguientes datos: Apellidos y nombres del enfermo (si es casada escriba primero el apellido de soltera.), numero de historia , servicio y número de cama.

MEDICAMENTOS, DOSIS Y VÍA, utilizar una casilla para indicar el nombre completo del medicamento, la dosis exacta y vía de administración.

En caso de indicaciones de dos o más medicamentos para administrarse juntos (mezclados) utilice para cada uno, una casilla, unidas a la izquierda

por una llave. Ejemplo: Solución Glucosada 500 cc al 5% cada 12 h, cloruro de potasio 1 amp. En cada frasco.

La Enfermera (o) que transcribe el medicamento escribirá en orden de administración según la vía que este indicado empezando por parenterales, seguidamente las enterales y agregara al lado izquierdo de la casilla, las abreviaturas correspondientes a cada vía de administración.

TURNOS, cada casilla está identificada con los diferentes turnos de trabajo establecidos: turno de la mañana, tarde, noche.

HORA, en la casilla del turno correspondiente indique la hora en que se administrará el medicamento, una vez administrado trace sobre la hora indicada para su cumplimiento una raya oblicua (/). Exista el medicamento pero no se administre por causas de: El enfermo lo rehúse, el enfermo esté ausente del servicio u otras, encierre en un círculo (O) la hora indicada para su cumplimiento y se registrará la causa en la hoja de evolución de enfermería. No exista el medicamento, trace una equis (X) sobre la hora.

Nº. DE LA HOJA, la Hoja de Medicamentos correspondientes a la semana que se inicie se, identifica con el número 1 y seguirá un orden numérico progresivo de acuerdo a la continuidad del tratamiento. Trace una equis (X) que inutilice todo el cuadro de:

Las casillas de los días de la semana ya transcurridos antes de iniciar la hoja de tratamiento.

Las casillas correspondientes a los días de la semana transcurridos, antes de una nueva indicación médica.

Las casillas de los días de las semanas posteriores a la fecha de omisión de un tratamiento (28).

GRÁFICA DE SIGNOS VITALES, en ella se registra datos objetivos del paciente en relación al control de las funciones vitales, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial, a través de representación numérica en la hoja gráfica que permite la continuidad en el monitoreo del paciente, para el llenado correcto de la gráfica se debe de considerar nombres y apellidos del paciente, número de historia clínica, servicio y número de cama, graficar la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente.

La hoja gráfica se configura generalmente con los siguientes apartados: Datos identificativos, debe registrarse nombre y apellidos del paciente, servicio, número de cama, fecha de ingreso, fecha de hospitalización (14). Representación de las constantes vitales, apartado que dispone de una cuadrícula donde se registran las constantes vitales, está graduada en intervalos para representar los valores de cada constante y dispone de escalas de referencia. Así mismo la cuadrícula presenta divisiones verticales que separan los días y los turnos de mañana (M), tarde (T) y noche (N) u horarios, así como divisiones horizontales de dos tipos, unas líneas gruesas que marcan los parámetros que aparecen en las distintas escalas de constantes y unas líneas más delgadas para representar valores comprendidos entre dichos intervalos

- Los datos de las funciones vitales se anotan representadas por un punto, línea vertical o el cruce entre líneas oblicuas, en el espacio que le corresponda, en el turno de mañana, tarde o noche (M-T-N). Estos puntos se unen formando un gráfico que representa la evolución de esa constante (temperatura, pulso, respiración).

- El registro de pulso se inicia con un círculo desde la cifra 60 (sesenta) utilizando lapicero de tinta color rojo (26)
- El registro de respiración se inicia con círculo desde la cifra 20 (veinte) utilizando lapicero de tinta color azul.
- El registro de la temperatura se inicia con un círculo desde la cifra 36° (treinta y seis) utilizando lapicero de tinta color azul, los picos febriles se pueden sombrear en azul y se traza una línea de color rojo en la cifra 37 °C.
- La Presión arterial se representa mediante la unión de los puntos correspondientes a presión arterial diastólica y presión arterial sistólica, dando como resultado una línea limitada por estos puntos. La representación gráfica de esta constante no será por tanto un gráfico continuo, sino una sucesión de líneas verticales o paralelas con líneas oblicuas. Es el único signo vital cuya gráfica no inicia desde un círculo, como en el caso del pulso, la respiración o la temperatura.

HOJA DE BALANCE HIDRO-ELECTROLÍTICO, registro detallado de todos los ingresos y egresos de líquidos de un paciente en un tiempo determinado en horas. Se realiza durante su permanencia en una unidad del establecimiento de salud, en la hoja de balance hídrico se registra nombres y apellidos del paciente, fecha, edad peso, número de cama, servicio, registro de ingresos, egresos, según turnos y el total del día ,en relación a los ingresos aquí se registra lo administrado por vía enteral y parenteral , alimentación por vía oral o por sonda , las infusiones (sueros, dextrosa , solución poli electrolítica, manitol, medicación), transfusiones de sangre, plasma, glóbulos rojos, concentrados plaquetarios, finalmente

en los ingresos se registra el agua metabólica que se calcula (para 24 horas) multiplicando el peso del paciente (P) por la constante cinco ($P \times 5$). Los egresos son pérdidas que tiene el organismo de las cuales no puede prescindir, entre ellos tenemos los vómitos y/o gasto de sondas naso u orogástricas, drenajes, heces, secreciones de heridas o fistulas, bilis, diuresis, sudoración, y las pérdidas insensibles se calculan en pacientes mayores de 20 kg (para 24 horas) multiplicando el peso del paciente por la constante 12 o peso del paciente por el número de horas entre dos ($P \times 12$ ó $P \times \text{nro. horas} / 2$), en neonato hasta los 28 días se calcula multiplicando la constante 600 por la superficie corporal (S.C) entre 24 horas ($600 \times \text{S.C} / 24 \text{ horas}$), lactantes (1 a 2 años) se calcula multiplicando la constante 500 por la superficie corporal (S.C) entre 24, preescolar (3 a 5 años) se calcula multiplicando la constante 400 por la superficie corporal (S.C) entre 24 horas, para obtener la superficie corporal en pacientes menores de 10 kg, la fórmula es $\text{peso por } 4 \text{ más } 9 \text{ entre } 100$ ($\text{peso} \times 4 + 9 / 100$), en mayores de 10 kg, $\text{peso por } 4 \text{ más } 7 \text{ entre peso más } 90$ ($\text{Peso} \times 4 + 7 / \text{peso} + 90$).

Finalmente debe consignar nombres, apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura (14)

2.2. PROBLEMA

En tal sentido se planteó evaluar ¿Cuál es nivel de conocimiento enfermero en la elaboración registros de enfermería en historia clínica – servicio emergencia – Hospital Regional Docente las Mercedes -2017?

2.3. OBJETIVOS

a. objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia - hospital regional docente Las Mercedes- 2017.

b. Objetivo específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas relevantes del enfermero que elabora registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.
2. Identificar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro notas de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.
3. Identificar nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro kardex en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017
4. Identificar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja de balance hidroelectrolítico en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.
5. Identificar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja gráfica en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.

2.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La historia clínica constituye el documento médico-legal más utilizado en la comunicación escrita en un hospital, surge de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente; en ella se encuentra información necesaria para la correcta atención sanitaria de éste.

El profesional de enfermería constituye un factor importante en el cuidado de la salud, a través de los registros que realiza en la historia clínica permite garantizar la continuidad y la calidad del cuidado, más aún cuando la atención está referida a pacientes cuya vida está en peligro tal como sucede con los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia.

Sin embargo, existen estudios que hacen referencia que la calidad de los registros no es el esperado, lo que se manifiesta en omisiones en cuanto a valoración, planificación, diagnóstico, ejecución de actividades y la evaluación de los cuidados. Es por ello que la presente investigación tiende abordar el nivel de conocimiento del profesional enfermero en la elaboración de registros que forman parte de la historia clínica y cuyos resultados constituirá insumo para la realización de acciones de mejora, lo que se evidenciará en la disminución de omisiones de los cuidados brindados que registra dicho profesional en la historia clínica y a su vez sirvan de base para la planificación y evaluación de la continuidad del cuidado. Además, de beneficios en la protección legal de los diferentes actores involucrados, y a la formación de recursos humanos en salud considerando que el hospital Regional Docente Las Mercedes constituye campo práctico para las instituciones académicas de la región.

2.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Univariable:

Nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica.

	forman parte de la historia clínica:	,hoja de balance hidroelectrolítico, hoja gráfica de signos vitales, teniendo como base la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y literatura existente.		responsable, consignando el fundamento de la corrección. Al registrar no dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas. Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.			I O N A R I
--	---	---	--	---	--	--	---

				Registra funciones biológicas. Registra datos subjetivos. Registra datos objetivos. Registra diagnóstico de enfermería. Registra acciones realizadas al paciente.	Bajo, si se obtuvo 1 respuestas correctas.		E S T
--	--	--	--	--	--	--	---

				Registra resultado de las acciones realizadas. Registra nombre de los medicamentos administrados, sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras. Escribe con lapicero tinta azul en turno mañana - tarde y rojo en la noche.			I O N A
--	--	--	--	---	--	--	---

				Registra los tres turnos: mañana, tarde y noche y en casos especiales. Registra nombre completo de la enfermera, número de colegiatura, firma y sello.			R I O
			Hoja de kardex	Registra nombre y apellido del paciente.	Puntos de corte de acuerdo	Ordinal	C

				Registra simbología sobre la hora al no ser administrado el tratamiento (O). Registra simbología sobre la hora si no existe el medicamento (X). Registra nombre completo de la enfermera, número de	5 respuestas correctas.		N A R I
--	--	--	--	--	-------------------------	--	---

				colegiatura, firma y sello.			O
			Hoja de balance hidroelectrolí- tico	Registra nombres y apellidos del paciente. Registra número de historia clínica. Registra fecha en que se realiza el balance. Registra edad del paciente Registra peso actual del paciente.	Puntos de corte de acuerdo A los percentiles (25, 50 y 75) Alto: si se obtuvo >5 respuestas correctas. Medio: si se obtuvo 4 –	Ordinal	C U E S

				Registra número de cama y Servicio. Registra ingresos y egresos en cada turno y el total del día. Registra agua metabólica. Registra pérdidas insensibles. Registra nombre completo de la enfermera, número de	5 respuestas correctas. Bajo: si se obtuvo 0 – 3 respuestas correctas.		T I O N A
--	--	--	--	--	--	--	---

				colegiatura, firma y sello. Registra nombre y apellidos del paciente. Registra número de historia clínica del paciente.			R I O
			Hoja de registro de signos vitales	Registra el servicio. Registra número de cama. Registra fecha de ingreso.	Alto, si se obtuvo 3 respuestas correctas. Medio, si se obtuvo 2	Ordinal	C U

				Registra fecha de hospitalización. El registro de pulso se inicia: círculo en la cifra 60 con lapicero tinta roja. El registro de la respiración se inicia con círculo desde la cifra 20 con lapicero tinta azul. El registro de la temperatura:	respuestas correctas. Bajo, si se obtuvo 1 respuestas correctas.		E S T I O
--	--	--	--	--	---	--	---

				círculo desde la cifra 36°: lapicero tinta azul, se traza una línea de color rojo en 37 °C. El registro de la presión arterial: unión de los puntos de presión arterial diastólica y sistólica, se rellena el cuadro con lapicero tinta azul.			N A R I O
--	--	--	--	---	--	--	---

OTRAS VARIABLES FACTORES SOCIODEMOG RAFICOS	Se denomina a	Son aquellos	Factores sociodemográ ficos	Sexo	Masculino	Nominal	C	
	toda fuerza o	referidos a aspectos			Femenino			
	condición que	inherentes a las			Edad	En años	Razón	U
	cooperan con	personas que				cumplidos		
	otras para	afectan su			Título / Grado	Licenciada	Nominal	
	producir una	conducta, que			académico	Magister		E
situación o	influyen en la			Doctorado				
comportamiento.	elaboración de los		Ejerce docencia	Si	Nominal			
		registros de		en instituciones	No		S	
		enfermería.		educativas				
				Tiempo De	En años	Razón		
				Servicio (en	cumplidos			
				años)				

				Recibió capacitación en elaboración de la historia clínica.	Si No	Nominal	T
				Tiempo transcurrido en que recibió capacitación sobre elaboración de la historia clínica	3 meses. 6 meses. 1 año.	Ordinal	I
				Conoce norma técnica para el manejo de	Si No	Nominal	O
							N

III MATERIAL Y METODOS

3.1. Tipo de investigación

Paradigma o Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo.

3.2. Población y muestra

Por tratarse de una población pequeña y preestablecida, no fue necesario aplicar formula estadística y se tomó en su totalidad treinta y un (31) enfermeras (os) del servicio de emergencia como muestra, previamente seleccionada según criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta y como instrumento el cuestionario de preguntas cerradas y otras de alternativa múltiple, el mismo que fue elaborado teniendo en cuenta la literatura y la normativa vigente (Anexo N°1). Para alcanzar la validez de contenido fue sometido a evaluación de expertos, los cuales fueron considerados por sus conocimientos y experticia en el manejo de registros de enfermería en la historia clínica. A ellos se les dio a conocer el nombre de la investigación, objetivos, estructura del instrumento y se les solicitó que emitieran comentario al respecto.

Según opinión emitida se reestructuró dos enunciados en cuanto a la formulación de la preguntas, se realizó una prueba piloto en un establecimiento con las mismas características de la población en estudio.

Para la realización del presente estudio se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos mediante una solicitud enviada por la universidad de Chiclayo (Anexo 2) dirigida a la Dirección del Hospital regional docente Las Mercedes con el fin de obtener la autorización y el permiso respectivo (Anexo 3). Se coordinó con la Jefa del Departamento de Enfermería y la Jefa de emergencia y áreas críticas para la autorización respectiva, el mismo que se llevó a cabo durante el presente año, emitiendo el hospital regional docente Las Mercedes la constancia de ejecución de proyecto de tesis (Anexo 4).

La investigación no causó daño alguno a la población de estudio; por lo tanto, la investigación contribuyo a Determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-Hospital Regional Docente las Mercedes- 2017.

Se solicitó el consentimiento informado de todas las enfermeras(os) que conformaron la población de estudio, previo a ello se explicó los objetivos de la investigación y su derecho a participar en la investigación, respetando así su decisión (Anexo N⁰5).

Toda respuesta obtenida de la población de estudio se mantuvo en absoluta reserva, asimismo los resultados fueron para efecto de la investigación y se reservó el anonimato de los participantes.

El instrumento contiene aspectos temáticos sobre: hoja gráfica, kardex, balance hídrico, anotaciones de enfermería y aspectos generales, representado en 24 preguntas, el cual 9 corresponde a aspectos generales y 15 a conocimientos de enfermería en elaboración de los registros de enfermería.

Asignándole una codificación binaria a cada pregunta de conocimiento de la siguiente forma:

0: alternativa incorrecta (desconoce)

1: alternativa correcta (conoce)

En relación al nivel de conocimiento general y al nivel de conocimiento de los aspectos, hoja de registro de Kardex y la hoja de registro sobre Balance Hidroelectrolítico, se trabajó con el percentil 25,50 y 75.

Nivel	Conocimiento general	Hoja de Registro Kardex	Balance Hidroelectrolítico
Bajo	0 - 15	0 - 5	0 – 3
Medio	16 - 20	6 - 8	4 – 5
Alto	> 20	> 8	>5

En cuanto a los aspectos generales del registro de enfermería, notas de enfermería y signos vitales, se codificó alto = 3 respuestas correctas, medio = 2 respuestas correctas, bajo =1 respuesta correcta.

3.4. Análisis estadístico

Los datos fueron codificados y verificados en el aplicativo ofimático Excel, para luego ser analizados en el software estadístico SPSS versión 24. Se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas), así como medidas de tendencia central (variables cuantitativas); para la verificación de la distribución normal de los datos se utilizó la prueba de Shapiro wilk, la prueba de U de Man Whitney para determinar diferencias entre algunas características sociodemográficas y el nivel de conocimiento (variables cuantitativas), y finalmente para determinar diferencias entre algunas las variables cualitativas y el nivel de conocimiento se utilizó el test exacto de Fisher, en todas las anteriores aceptando un nivel de significancia del 5%.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1:

Referente al nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia - hospital regional docente Las Mercedes- 2017, se aprecia que el 61.3% del personal de enfermería tiene un conocimiento medio, 29 % conocimiento bajo y 9,7% conocimiento alto, de una muestra de 31 enfermeras (os).

TABLA N° 2

Con respecto a las características sociodemográficas relevantes del enfermero que elabora registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017, se aprecia como parte de las características del profesional de enfermería, 87,1% es de sexo femenino, mediana de edad es de 47 años y 17 años de tiempo de servicio, 80,6% cuenta con licenciatura y no realiza labor de docencia, el 45,2% no se ha capacitado; el 61,3% desconoce la norma técnica competente y el 54,8% realiza los registros de enfermería durante la jornada laboral.

TABLA N°3

En relación al nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro notas de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017, muestra que el 54,8% alto, 38,7 % conocimiento medio y el 6,5% conocimiento bajo de una muestra de 31 enfermeras (os).

TABLA N° 4

En lo que compete nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro kardex en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017, el 80,6 % medio, 12,9% conocimiento bajo y el 6,5% conocimiento alto, de una muestra de 31 enfermeras (os).

TABLA N°5

Con respecto al nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja de balance hidroelectrolítico en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017, se encuentra como resultado que el 74,2 % medio, encontrándose con 12,9% conocimiento bajo y alto, de una muestra de 31 enfermeras (os).

TABLA N°6

Referente al nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja gráfica en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017, encontramos que el 41,9% alto, 38,7% conocimiento medio y el 19,4 % conocimiento bajo.

V. TABLAS

Tabla N° 1: Nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia - hospital regional docente Las Mercedes- 2017

Nivel de conocimiento	f	%
Bajo	9	29,0
Medio	19	61,3
Alto	3	9,7
Total	31	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

Tabla N° 2: Características sociodemográficos relevantes del enfermero que elabora registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.

Características	f	%
Edad*	47 [31 - 60]	
Sexo		
Femenino	27	87,1
Masculino	4	12,9
Grado Académico		
Licenciada(o)	25	80,6
Magister	6	19,4
Tiempo servicio*	17 [4 - 32]	
Docencia		
Si	6	19,4
No	25	80,6
Capacitación		
1 año	2	6,5
3 meses	2	6,5
> 1 año	13	41,9
No se capacitó	14	45,2
Norma técnica competente		
Conoce	12	38,7
Desconoce	19	61,3
Registros de enfermería		
Al inicio de la jornada laboral	10	32,3
Durante la jornada laboral	17	54,8
Al finalizar la jornada laboral	4	12,9

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017; * <0,05

Mediana [RIQ]

Tabla N° 3: Nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro notas de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.

Nivel de conocimiento notas de enfermería	f	%
Bajo	2	6,5
Medio	12	38,7
Alto	17	54,8
Total	31	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

Tabla N° 4: Nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro kardex en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017

Nivel de conocimiento Registro kardex	f	%
Bajo	4	12,9
Medio	25	80,6
Alto	2	6,5
Total	31	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

Tabla N° 5: Nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja de balance hidroelectrolítico en historia clínica - servicio de emergencia-Hospital Regional Docente Las Mercedes- 2017.

Nivel de conocimiento Registro hoja de balance	f	%
Bajo	4	12,9
Medio	23	74,2
Alto	4	12,9
Total	31	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

Tabla N° 6: Nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja gráfica en historia clínica - servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- 2017.

Nivel de conocimiento Registro hoja gráfica	f	%
Bajo	6	19,4
Medio	12	38,7
Alto	13	41,9
Total	31	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

VI. DISCUSION

La presente investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia - hospital regional docente Las Mercedes- 2017, e identificar las características sociodemográficas relevantes, así mismo identificar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro notas de enfermería, hoja kardex, hoja de balance hidroelectrolítico y hoja gráfica de signos vitales.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se presenta el análisis e interpretación de los mismos, observándose en la tabla N° 1 al aplicar un cuestionario a treinta y un (31) enfermeras(os) del servicio de emergencia con el fin de determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de los registros de enfermería, se aprecia que el 61.3% tiene un conocimiento medio, 29 % conocimiento bajo y 9,7% conocimiento alto. Cabe señalar que existe escasa publicación de investigaciones en el ámbito de conocimiento enfermero en elaboración de los registros de enfermería: notas de enfermería, hoja kardex, hoja de balance hidroelectrolítico y hoja gráfica de signos vitales, lo que no permite realizar comparaciones con otros estudios, sin embargo el estudio de investigación realizado por M. Seituque con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería mediante auditoría a pacientes atendidos en observación de emergencia, hospital regional docente Las Mercedes , obtuvo como resultado al evaluar 814 registros el 93.1% de los registros de enfermería son de buena calidad, 4.8% de excelente calidad y 2.1% de calidad regular.

Los resultados presentados permiten deducir en forma general que el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de los registros de enfermería es medio, el cual se ve reflejado en los resultados de la investigación de M. Seituque (6) al evaluar la

calidad de los registros de enfermería el cual concluyo que son de buena calidad, no obstante cabe señalar que el conocimiento optimo (alto o excelente) es de bajo porcentaje, y el 29 % conocimiento bajo el cual debe mejorarse ya que refleja el conocimiento y capacidad del profesional de la salud que brinda asistencia sanitaria, expresada en la calidad de la atención.

Observándose en la tabla N° 2, como parte de las características del profesional de enfermería, 87,1% son de sexo femenino, la mediana de edad es de 47 años, el 80,6% cuenta con licenciatura y en consecuencia con grado académico de bachiller, que lleva como valor medio 17 años de servicio y el 80,6% no realiza labor de docencia. En cuanto a capacitación, el 41,9% recibió capacitación hace más de un año y el 45,2% no se ha capacitado; el 61,3% desconoce la norma técnica competente y el 54,8% realiza los registros de enfermería durante la jornada laboral.

Al analizar la relación entre las preguntas de conocimiento con la edad y el tiempo de servicio (Anexo11), observamos que sólo la edad se relaciona con el conocimiento de la hoja kardex el cual el personal indica que la hoja kardex no permite registrar el estado del paciente y sus signos vitales ($p<0,05$); llegando a concluir que el conocimiento acerca de que no se registra el estado del paciente y sus signos vitales en la hoja de kardex depende de la edad. Por el contrario la edad y el tiempo de servicio no están relacionados con los demás aspectos en estudio, En relación al conocimiento según grado académico y labor docente del profesional de enfermería (Anexo N° 12) , observamos que ambas características se relaciona con el conocimiento de que el profesional de enfermería debe consignar nombre completo, colegiatura, firma y sello en la hoja de kardex ($p<0,05$); es decir el conocimiento sobre el registro del profesional de enfermería (nombre completo, colegiatura, firma y sello) en la hoja de kardex depende del grado académico y de realizar

labor docente. Por el contrario la edad y el tiempo de servicio no están relacionados con los demás aspectos en estudio.

Del análisis de los resultados de la tabla N° 3 al N°6 permiten identificar el nivel de conocimiento enfermero en forma global según tipo de registro de enfermería en notas de enfermería, hoja kardex, balance hidroelectrolítico y hoja gráfica , (Anexo 7 al 10) permite identificar el conocimiento correspondiente a dichos registros.

En lo referente al registro notas de enfermería se encontró un nivel de conocimiento alto en un 54,8%, conocimiento medio 38,7 % y el 6,5% conocimiento bajo, el cual debe ser mejorado, haciendo un análisis con la investigación de M. Seituque (6) el 72.4% del registro anotaciones de enfermería en historias clínicas de pacientes atendidos en observación del servicio de emergencia son de calidad regular, 25.8% de buena calidad, 1% calidad deficiente y 0.8% de calidad excelente, el cual no guarda concordancia con los resultados obtenidos llegando a concluir, si el personal de enfermería tiene el conocimiento en la elaboración de las notas de enfermería, porque no lo aplica , es una clara evidencia si el conocimiento es alto porque en la investigación de Seituque la calidad excelente no llega ni al 1%, de igual forma esto se ve reflejado en la pregunta realizada en la presente investigación “ Las notas de enfermería deben redactarse según” , para el cual se obtuvo que el 77.4% conoce que se redactan según SOAPIE (subjetivo, objetivo, análisis o diagnóstico, planificación, intervención, evaluación) (23) , mientras que el 22,6% desconoce (Anexo 7), en los resultados de M. Seituque (6) al evaluar la calidad de los ítems que conforman el registro anotaciones de enfermería mediante gráfico de control evidencian que el registro de datos provenientes de la valoración (subjetivos 6.5%, objetivos 5.90%), diagnóstico de enfermería 0.1%, objetivo de la planificación del cuidado 3.93%, intervenciones realizadas 3.81%, evaluación de las

intervenciones realizadas 7%, el cual respalda la conclusión anterior si el personal de enfermería conoce como elaborar las notas de enfermería por qué no evidencia lo realizado a través del registro en el documento oficial la historia clínica.(14)

En la tabla N° 4, concerniente al nivel de conocimiento del registro en el formato kardex los resultados evidencian en forma global elevado porcentaje en el nivel medio 80,6%, sin embargo existe un porcentaje que requiere atención por ser considerado como bajo 12,9%, la calidad del registro en el formato kardex de acuerdo con M. Seituque (6) los resultados evidencian en forma global nivel excelente 91.1%, calidad deficiente 3%, buena calidad 4.1% y 0.5% de calidad regular.

En relación a las respuestas obtenidas del cuestionario (Anexo 8) se evidencia que el 100% conoce que se debe registrar tratamiento administrado, fecha y hora, 96,8% conoce que en la hoja de kardex no se registra el ingreso de agua y egresos, así como el 93,5% conoce que no se debe registrar en la hoja de Kardex el estado del paciente y sus signos vitales, el 83,9% conoce como se registra si el paciente se rehúsa a tomar el tratamiento y que el diagnóstico médico no se registra en abreviaturas, el 77,4% conoce que se debe fechar el inicio del tratamiento. Por el contrario el 71% profesional de enfermería desconoce que debe consignar su nombre completo, colegiatura, firma, sello y tratamiento farmacológico aplicado sin abreviaturas. Los resultados permiten concluir que el profesional de enfermería otorga mayor importancia en lo que se debe considerar y lo que se permite registrar el kardex, sin embargo desconoce que debe registrar el nombre completo, colegiatura, firma y sello de la enfermera que va a elaborar el registro según la NTS- N°022- MINSA/DGSP-V02 (14) el cual indica que en todo registro realizado por cualquier personal de salud debe consignar nombres completos, colegiatura firma y sello.

De los datos obtenidos en relación al registro del Balance hídrico representados en la tabla N°5 se encuentra como resultado que el 74,2 % tiene conocimiento medio y encontrándose con 12,9% conocimiento bajo y alto, de igual forma M. Seituque al evaluar el registro balance hídrico encuentra como resultado que el 72.1% son de excelente calidad, 17.3% de buena calidad, 9.6% calidad deficiente y 1% de calidad regular, el cual guarda relación con los resultados obtenidos a nivel de conocimiento

Según el cuestionario realizado (Anexo N°9) podemos observar que el 96,8% afirma conocer que el resultado del balance no siempre será positivo, el 93,5% conoce que debe registrar la fecha de realización del balance, nombres y apellidos del paciente, 83,9% conoce que la hoja de balance permite registrar los ingresos y egresos en cada turno, 77.4% conoce la fórmula para obtener el agua metabólica y pérdidas insensibles. Por el contrario el 51,6% desconoce que para realizar el balance hidroelectrolítico no se debe tener en cuenta la fecha de inicio del tratamiento. Cabe mencionar que el 48,4% desconoce que debe registrar el número de cama, servicio, peso del paciente, nombre de la enfermera, firma, sello y colegiatura, el cual se ve evidenciado en los ítems que evaluaron la calidad del balance según Seituque⁵ concluyendo que los de menor cumplimiento son: registro de peso del paciente, nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera, con un 75.68% y 68.8% respectivamente. Los resultados contravienen la norma técnica Gestión de la historia Clínica la cual detalla el registro de estos puntos (14), No se puede negar que los cálculos de agua metabólica y pérdidas insensibles estén en relación al peso del paciente y que los resultados del balance hídrico sean tomados en cuenta para el cálculo de los requerimientos hídricos que realiza el profesional médico como parte de la terapéutica del paciente, los registros que realiza el personal de enfermería permite conocer la evolución del paciente, así como el cuidado enfermero, con la finalidad de lograr continuidad y seguridad en el cuidado, además de

transmitir información válida y confiable en el equipo de salud, convirtiéndose así en registros esenciales, de gran valor legal, indicador de calidad, y acreditador de la calidad de atención de enfermería en el servicio de emergencia (6).

En la tabla N° 6, al identificar el nivel de conocimiento en elaboración del registro hoja grafica de signos vitales encontramos que el 41,9% tiene un conocimiento alto, 38,7% conocimiento medio y el 19,4 % conocimiento bajo, existiendo un gran porcentaje entre conocimiento medio y bajo que superan al conocimiento alto el cual debe ser mejorado. En lo referente a la evaluación del registro en Hoja gráfica según M. Seituque (6) esta es aceptable o adecuado con nivel bueno en 79.7% y excelente 8.9%, existiendo un 11.2% en la categoría no aceptable en nivel regular.

Sin embargo, al realizar el cuestionario (Anexo N° 10) nos muestra que el 64,5% conoce la forma, color y forma correcta para iniciar la gráfica del signo vital temperatura y por el contrario el 41,9% desconoce que el pulso se inicia en 60 y la frecuencia respiratoria en 20. Cabe mencionar que todos los profesionales de enfermería conocen que el color rojo es el indicado para graficar el pulso. En los ítems evaluados por M. Seituque se encontró el 95,95% registra el inicio de la frecuencia respiratoria en 20 por minuto, 66,6% circula el inicio de control de la temperatura en 36°C, 34,40% traza la línea de color rojo en el área de temperatura 37°C; 29,12% circula el inicio de control de la frecuencia cardiaca en 60 por minuto, lo cual genera preocupación que el 64,5% conozca la forma correcta para elaborar la gráfica del signo vital temperatura pero no lo realiza , de igual forma que el 58.1% conozca que el pulso se inicia en 60 y la frecuencia respiratoria en 20 , considerando que son funciones vitales importantes y es en la hoja gráfica donde se va a registra datos objetivos del paciente en relación a la valoración de

las funciones vitales y cuyo análisis de las mismas servirán para toma de decisiones en el cuidado que realiza el profesional de enfermería.

Además, los registros de enfermería deben poseer características sobre generalidades del registro de enfermería los que están relacionados a redacción, orden y corrección. El presente estudio (ver anexo 6), nos muestra que el 77,4% del profesional de enfermería conoce que los registros deben ser claros y legibles, el 58.1% conoce que registros elabora el personal de enfermería. Por el contrario el 93,5% desconoce la acción que debe realizar de cometer un error en los registros de enfermería. En la revisión de literatura y normativa a nivel de país se encuentra que los registros de enfermería deben ser exactos, objetivos, utilizar abreviaturas estandarizadas internacionalmente o aquellas que haya oficializado la institución, letra legible, uso de color de tinta oficial (azul en el día y rojo en la noche), sin enmendaduras y en caso de error se corrige trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección(16,19-22), en la evaluación realizada por Seituque (6) identificó que el profesional de enfermería hace uso con mucha frecuencia de líquido corrector en los registros que realiza, además éstos contienen gran número de abreviaturas no estandarizadas lo que evidencio que dicho profesional otorga poca importancia o desconoce las normas en relación a los atributos que deben poseer los registros incurriendo en faltas que trasgreden el código de ética y deontología, norma técnica de gestión de la historia clínica y mostrando vulnerabilidad ante problemas legales (14).

VII CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica del servicio de emergencia, es medio 61.3%, conocimiento bajo 29 % y conocimiento alto 9,7%.
2. Los profesionales de enfermería que trabajan en emergencia en el Hospital Docente Las Mercedes, 87,1% son del sexo femenino, la mediana de edad es de 47 años y la de tiempo de servicio de 17 años, mayoritariamente no realiza labor docente y sólo cuenta con la licenciatura, 45,2% no ha recibido capacitación, 61,3% desconocen la norma técnica competente y sus registros lo realizan durante la jornada laboral.
3. El nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro notas de enfermería en historia clínica es alto 54,8%, medio 38,7%, bajo 6,5%.
4. El nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro kardex es medio 80,6%, bajo 12,9% y alto 6,5%.
5. El nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja de balance hidroelectrolítico en historia es medio 74,2 %, bajo y alto 12, 9%.
6. El nivel de conocimiento enfermero en elaboración del registro hoja gráfica es alto 41,9%, medio 38,7% y el 19,4 % bajo.

VIII RECOMENDACIONES

Para la Dirección Ejecutiva del Hospital

- Proporcionar los resultados de la presente investigación para ser socializados con el equipo de gestión.
- Proponer la reunión de los responsables del departamento de enfermería, unidad de calidad y de capacitación para elaborar y la puesta en marcha de acciones de mejora continua de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación.

Para el Departamento de Enfermería

- Socializar los resultados de la presente investigación.
- Dar como alternativa: Implementar en su plan de trabajo el monitoreo de la evaluación de la calidad de los registros de enfermería.

A la Unidad de Calidad y de Capacitación

- Socializar la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

Para las Instituciones Formadoras e investigadores

- Debido a escasos antecedentes de investigación se deben realizar investigaciones en diferentes establecimientos de salud a nivel nacional para determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de los registros de enfermería en historia clínica, teniendo en cuenta que los diferentes hospitales son instituciones docentes en el cual forman a futuros profesionales.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castro I; Gámez M. Historia Clínica [Internet] Perú. [Citado 20 de enero 2017] recuperado a partir de : <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
2. Guzmán F; Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico en la Revista Colombiana de Cirugía Plástica. [Internet] 1999; 5:115-25. [Citado 20 de enero 2017] recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
3. Velito A; Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad [Internet] Perú. [Citado 20 de enero 2017] recuperado a partir de : <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
4. Ministerio de salud. Norma Técnica Categoría de Salud “Categorización Establecimientos de Sector Salud”. NT N°021- MINSA/DGSP-V03.Perú; 2011.
5. Hospital regional docente Las Mercedes. Manual de organizaciones y funciones- parte 02 [internet] 2017 [acceso 08 de marzo del 2017] recuperado a partir de:<http://siga.regionlambayeque.gob.pe/docs/ainformacion/1702201711123918070916.pdf>
6. Seituque M. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería mediante auditoria- servicio de emergencia-hospital regional docente Las Mercedes- I semestre del 2013. [Tesis para optar el grado académico de doctora en ciencias de la salud] Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, 2014.

7. Ministerio del trabajo. Ley del trabajo enfermero ley N^o 27669 2002/ SA .Perú, MINTRA [Internet] 2002 [Citado 15 febrero 2017] recuperado a partir de : http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.htm
8. Revista habanera de ciencias medicas : Etnicidad del pensamiento de Florence Nightingale[Internet] 2002 [Citado 15 febrero 2017] recuperado a partir de : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.redalyc.org/pdf/1804/180429299021.pdf&ved=2ahUKEwjGuajonJ3cAhWGtlkKHfR9CfQQFjADegQIAhAB&usg=AOvVaw3SbZjp-wxg7cW4b3Pp9NyF>
9. Nightingale F, Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es.1^a edición. Madrid: Masson; 1990
10. Diccionario de la lengua española [Internet] ,2014[Citado 10 de mayo 2017] recuperado a partir de : www.rae.es
11. Mario, Bunge. “La Ciencia y su Método y Filosofía”, Buenos Aires. Editorial siglo XX, 1988 pág. 308.
12. Diccionario de pedagogía. “Enseñanza en la Ciencia de la Vida”, edición, Madrid: Editorial Católica S.A, 1999 pág. 86.
13. Augusto Salazar. “El punto de Vista Filosófico”, 1ra edición, Editorial El Alce Lima-Perú, 1988 pág. 308.

14. Sánchez S. historia clínica y secreto profesional [Internet], 2012 [Citado 15 de enero del 2017] recuperado a partir de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento29641.pdf>
15. Características de la historia clínica, blog spot [Internet] 2009 [Citado 15 de enero 2017] recuperado a partir de : <http://historiaclinicaessc1.blogspot.pe/2009/09/caracteristicas-de-la-historia-clinica.html>
16. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N°022- MINSA/DGSP-V02.Perú; MINSA [Internet] 2006.[Citado 12 de enero 2017] recuperado a partir de : http://www.cmp.org.pe/doc_norm/NTHC.pdf
17. Minsa, Ley general de salud , decreto supremo N0 16 2002/SA.Perú[Internet] 2002 [Citado 10 de enero 2017] recuperado a partir de : <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/DS%200162002SA%20Reglamento%20Ley%20N27604%20Modifica%20Ley%20General%20Salud%20Atencion%20Emergencias.pdf>
18. Vaca M; Delma. [Internet] 2009. [Citado 10 de febrero de 2017.] recuperado a partir de WWW.bibliotecadigitalL.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/1215/1/TPG650PDF
19. Colegio de enfermeros del Perú. Normas de gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Perú; 2008.

20. Carpenito L. Planes de Cuidado y documentación en Enfermería. 1a Edición. Madrid: Mc- Graw – Hill- Interamericana; 1994.
21. Kozier B, Erb G, Blais K, Milkinson J. Enfermería Fundamental, Concepto, Proceso y Práctica. 5ta Edición. Madrid: Graw-Hill- Interamericana; 1999.
22. Colegio de enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. Perú; 2009.
23. Iyer P; Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); Nursing, 10 (3): 40-44.
24. Notas de Enfermería. Prieto, Gloria. Bogotá, Colombia: s.n., 2013, Tribunal Nacional, Ético de Enfermería.
25. Ministerio de Salud. Perú/MINSA/oge-01/004& Manual de Indicadores Hospitalarios. Serie herramientas Metodológicas de Epidemiología y Salud Pública. Perú; 2001.
26. Bravo M. Guía Metodológica del PAE aplicación de teorías de Enfermería. 3era. Ed. Perú; 2012.
27. Blogspot.com, kardex de enfermería [Internet] blogspot.com 2012 [actualizada agosto del 2012 –Citado enero 2017] recuperado a partir de : <http://auxiliardeenfermeriapasoapaso.blogspot.com/2012/08/el-kardex-de-enfermeria.html>
28. Iyer P, biografía [Internet] [Citado 10 marzo 2017] recuperado a partir de : <http://www.lawyersandjudges.com/contributorinfo.cfm?ContribID=655>

X ANEXOS

ANEXO N°1



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES.

INSTRUCCIONES: LEA CUIDADOSAMENTE Y CONTESTE LO MAS HONESTAMENTE POSIBLE, LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. (Los datos aquí recolectados se manejaran de manera confidencial, pues serán tomadas exclusivamente para fines de investigación).

I. ASPECTOS GENERALES

1. Fecha:

2. Sexo : F ☐ M ☐

3. Edad: ☐

4. Titulo /Grado académico : Licenciada(o) ☐ Magister ☐ Doctorado ☐

5. Tiempo De Servicio(años) : ☐

6. Ejerce docencia en instituciones educativas : SI ☐ NO ☐

7. Recibió capacitación en elaboración de registros de enfermería en historia clínica: SI ☐ NO ☐

Si su respuesta fuese afirmativa hace cuánto tiempo.

3 meses ☐ 6 meses ☐ 1año ☐ Más de un año ☐

8. Existe alguna norma técnica emitida por autoridad competente que guie la elaboración de registros en historia clínica:

SI ☐ NO ☐

Si su respuesta fuese afirmativa señale si es alguna de las siguientes:

N° 022- MINSA /DGSP-V.02 ☐ N° 023- MINSA /DGSP-V.02 ☐

N° 021- MINSA /DGSP-V.01 ☐ N° 022- MINSA /DGSP-V.03 ☐

9. Los registros de enfermería que forman parte de historia clínica se deben elaborar.

- Al inicio de la jornada laboral ☐
- Durante la jornada laboral ☐
- Al finalizar la jornada laboral. ☐

II. ASPECTOS ESPECIFICOS

MARQUE LA (S) ALTERNATIVA (S) CORRECTA (S)

10. De los siguientes registros de la historia clínica ¿cuáles son elaborados por el profesional de enfermería?

Anamnesis	☐	Kardex	☐
Interconsulta	☐	Autorización de ingreso	☐
Admisión del paciente	☐	Notas de enfermería	☐
Balance hidroelectrolítico	☐	Epicrisis	☐
Tratamiento	☐	Hoja gráfica de signos vitales.	☐

11. Si cometiera un error al registrar información en alguno de los formatos que elabora en la historia clínica ¿Cuál sería el actuar?

- a) Borra el registro equivocado y escribe el término correcto.
- b) Coloca entre paréntesis el error y escribe el término correcto.
- c) Traza una línea con lapicero tinta roja sobre el error y escribe el término correcto.
- d) Registra fecha, firma y sello al costado de lo enmendado.

12. En los registros de enfermería se debe tener en cuenta:

- a) Ser objetivos, con opiniones personales, los hechos se anotan en forma clara y concisa.
- b) Ser claros y legibles, sin dejar espacios en blanco y realizarse de forma simultánea a la asistencia.
- c) Ser objetivos, sin opiniones personales, claras y legibles, y realizarlos al final del turno.
- d) Anotar si ocurrió algún error en las acciones de enfermería.

13. Tinta de color que se utiliza en las notas de enfermería según turno (mañana, tarde y noche):

- a) Mañana y tarde: Cualquier color; noche: rojo
- b) Mañana: Negro ; tarde: azul ;noche: rojo
- c) Mañana: Azul ;tarde: azul ;noche rojo
- d) Mañana: Azul o negro ;tarde: azul o negro ; noche: rojo

14. Las notas de enfermería deben redactarse según:

- a) Necesidades del paciente.
- b) Diagnóstico del paciente
- c) SOAPIE
- d) Acciones de enfermería.

15. En las notas de enfermería se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) Registrar las notas de enfermería en los tres turnos.
- b) Anotar si ocurrió algún error en las acciones de enfermería.
- c) Fecha en la que se inició y descontinuo el tratamiento
- d) Si tiene todo el día turno solo es necesario anotar lo más relevante.

16. ¿Cómo debe registrarse en la hoja kardex si el paciente se rehúsa a tomar el tratamiento?

- a) Trazar una raya oblicua (/) sobre la hora indicada que ha de recibir el tratamiento
- b) Encerrar en un círculo (O) la hora indicada que ha de recibir el tratamiento
- c) Trazar una equis (X) sobre la hora indicada que ha de recibir el tratamiento
- d) Trazar una equis (X) o un círculo(O) en la hora indicada que ha de recibir el tratamiento.

17. El elaborar la hoja de balance hidroelectrolítico permite:

- a) Registrar el estado del paciente y su hidratación
- b) Registrar los ingresos y egresos en cada turno y el total del día
- c) Registrar el tratamiento que se administra, la fecha y la hora
- d) Registrar solo el ingreso de agua y egresos

18. Al elaborar la hoja del balance hidroelectrolítico el agua metabólica (A.M) y las pérdidas insensibles (P.I) en adulto se obtiene

- a) A.M= peso x 5, P.I= peso x 12
- b) A.M= peso x 10, P.I= peso x 7
- c) A.M= peso x 5, P.I= peso x 12
- d) A.M= peso x 5, P.I= peso x 10

19. Al graficar en la hoja de signos vitales, el pulso y la frecuencia respiratoria se inicia en:

- a) Pulso 80 , respiración 20
- b) Pulso 60 , respiración 16
- c) Pulso 80 , respiración 16
- d) Pulso 60 , respiración 20

20. En la hoja gráfica de signos vitales, ¿para qué signo vital utiliza lapicero tinta roja?

- a) Respiración
- b) Pulso
- c) Presión arterial
- d) Temperatura

21. Al graficar la temperatura en la hoja de signos vitales:

- a) Se inicia desde un círculo en la cifra 36°con lapicero tinta roja, se traza una línea de color rojo en 37 °C.
- b) Se inicia desde un círculo en la cifra 37°con lapicero tinta azul, se traza una línea de color azul en 38 °C.
- c) Se inicia desde un círculo en la cifra 36°con lapicero tinta azul, se traza una línea de color rojo en 37 °C.
- d) Se inicia desde un círculo en la cifra 36°con lapicero tinta roja, se traza una línea de color rojo en 38 °C

COLOQUE VERDADERO (V) Ó FALSO (F) SEGÚN CORRESPONDA:

22. En la hoja kardex se debe considerar:

- ☐ Nombre completo de la enfermera, su número de colegiatura, firma y sello
- ☐ El diagnostico medico se registra en abreviaturas
- ☐ El tratamiento farmacológico aplicado se registra sin abreviaturas no estandarizadas.
- ☐ Fecha de inicio del tratamiento.

23. En la hoja de balance hidroelectrolítico, se debe tener en cuenta

- ☐ Nombres, apellidos del paciente y fecha en que se realiza el balance hídrico.
- ☐ Fecha de inicio del tratamiento, registro de ingresos, egresos en cada turno.
- ☐ Número de cama, servicio, peso del paciente, nombre de la enfermera, firma, sello y colegiatura.
- ☐ El resultado del balance hidroelectrolítico será siempre positivo.

24. La hoja kardex permite:

- ☐ Registrar los ingresos y egresos en cada turno y el total del día
- ☐ Registrar el estado del paciente y sus signos vitales
- ☐ Registrar el tratamiento que se administra, la fecha y la hora
- ☐ Registrar solo el ingreso de agua y egreso

ANEXO N° 2



Chiclayo, Diciembre 05 del 2017

CARTA N° 039-2017- D-FCS-UDCH

Señor Dr.

JOHN A. JOO SALINAS

Director Hospital Regional Docente "Las Mercedes"

PRESENTE.-

ASUNTO: PRESENTO ALUMNA PARA EJECUCION DE PROYECTO

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo en nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Particular de Chiclayo, me complace en presentar a la alumna: **FLOR MARIVEL PUSE GARAY**, de la Escuela Profesional de **ENFERMERIA**, quien se encuentra apta para realizar su trabajo de investigación titulado : "CONOCIMIENTO ENFERMERO EN ELABORACION DE REGISTROS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA-SERVICIO EMERGENCIA-HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES-2017"; motivo por el cual solicito su AUTORIZACION para que la mencionada alumna realice la ejecución del mencionado proyecto, en su prestigiosa entidad.

Agradeciendo la atención a la presente, le reitero las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

UNIVERSIDAD DE CHICLAYO
Fac. de Ciencias de la Salud

Mg. Osilia María Cervera de Bernal
DECANA



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Gerencia Regional de Salud
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"
CHICLAYO



N° 617/17

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente "Las Mercedes", autoriza a:

FLOR MARIVEL PUSE GARAY

Para realizar el Proyecto de Tesis titulado: "CONOCIMIENTO ENFERMERO EN ELABORACIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN HISTORIA CLÍNICA - SERVICIO EMERGENCIA - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - 2017", las cuales se ejecutaran en los:

SERVICIO DE EMERGENCIA

Durante el mes de Diciembre 2017.

Chiclayo, Diciembre del 2017

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP REG "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

Mg. Brulda F. Medina Saldaña
C.E.P. 21773
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA

(N° Registro 400 - 2018)

El Director y Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, otorgan la presente constancia a:

PUSE GARAY, FLOR MARIVEL

Quien han realizado la Ejecución de datos pertinente para su proyecto de tesis titulado: ***“CONOCIMIENTO ENFERMERO EN ELABORACIÓN DE REGISTRO DE ENFERMERÍA EN HISTORIA CLÍNICA – SERVICIO EMERGENCIA – HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – 2017”*** durante el mes de Diciembre del 2017 en el Servicio de Emergencia de este Nosocomio.

Chiclayo, Agosto 2018.



Dr. PATRICIA RAQUEL CHIRINOS GUEVARA
Director Ejecutivo HRDLMCH



Dr. ALFREDO LLENQUE TEQUE
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ANEXO N° 5

Universidad Particular De Chiclayo
Facultad De Ciencias De La Salud
Escuela Profesional De Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo..... enfermera(o) del Hospital Regional Docente las Mercedes identificado con DNI:.....certifico que he sido informado por la bachiller de la escuela de enfermería de la Universidad Particular de Chiclayo Flor Marivel Puse Garay quien está realizando un estudio para Determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica- servicio de emergencia-Hospital Regional Docente las Mercedes- 2017.

Como colaboradora en esta investigación:

- 1.- certifico que fui informado y entendí el propósito de la investigación Determinar el nivel de conocimiento enfermero en elaboración de registros de enfermería en historia clínica - servicio de emergencia - hospital regional docente Las Mercedes- 2017.
- 2.- Acepto voluntariamente participar en la investigación, con el compromiso que este requiera.
- 3.- La información que yo suministre será de carácter confidencial únicamente será utilizada con fines investigativos.

Para constancia firmo el presente consentimiento

Chiclayo, diciembre del 2017

Apellidos y nombres.

ANEXO N° 6

CONOCIMIENTO SOBRE GENERALIDADES DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA

Generalidades del registro de enfermería	Conoce		Desconoce	
	f	%	f	%
Elabora enfermería balance hidroelectrolítico, kardex, notas de enfermería, gráfica de signos vitales.	18	58.1%	13	41.9%
Acción que debe realizar de cometer un error en el registro	2	6.5%	29	93.5%
Los registros de enfermería deben ser claros y legibles	24	77.4%	7	22.6%

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

La tabla nos muestra que el 77,4% del profesional de enfermería conoce que su registro debe ser claro y legible, por el contrario el 93,5% desconoce la acción que debe realizar de cometer un error en los registros de enfermería.

ANEXO N°7

CONOCIMIENTO SOBRE NOTAS DE ENFERMERÍA

Notas de enfermería	Conoce		Desconoce	
	f	%	f	%
Color que se debe utilizar según turno	29	93.5%	2	6.5%
La redacción que se debe utilizar (SOAPIE)	24	77.4%	7	22.6%
Se deben registrar en los tres turnos	24	77.4%	7	22.6%

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

En relación al conocimiento sobre notas de enfermería, el 93,5% conoce el color que se debe utilizar según turno y sólo el 22,6% desconoce que las notas de enfermería se redactan según SOAPIE así como el registrar en los tres turnos.

ANEXO N°8

CONOCIMIENTO SOBRE EL REGISTRO EN LA HOJA DE KARDEX

Registro en la hoja de Kardex	Conoce		Desconoce	
	f	%	f	%
Forma de registro si el paciente se rehúsa al tratamiento	26	83.9%	5	16.1%
Consignar nombre completo, colegiatura, firma y sello	9	29.0%	22	71.0%
Diagnóstico médico no se registra en abreviaturas	26	83.9%	5	16.1%
Tratamiento farmacológico se registra sin abreviaturas	9	29.0%	22	71.0%
Fechar el inicio de tratamiento	24	77.4%	7	22.6%
No se registra los ingresos y egresos en cada turno por día	26	83.9%	5	16.1%
No se registra el estado del paciente y sus signos vitales	29	93.5%	2	6.5%
Registrar tratamiento administrado, fecha y hora	31	100.0%		
No se registrar el ingreso de agua y egresos	30	96.8%	1	3.2%

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

En la siguiente tabla observamos que el 96,8% conoce que en la hoja de kardex no se registra el ingreso de agua y egresos, así como el 93,5% conoce que no se debe registrar en la hoja de Kardex el estado del paciente y sus signos vitales. Por el contrario el 71% profesional de enfermería desconoce que debe consignar su nombre completo, colegiatura, firma, sello y tratamiento farmacológico aplicado sin abreviaturas. Además el 22,6% desconoce que deben consignar fecha de inicio de tratamiento.

ANEXO N°9

CONOCIMIENTO SOBRE BALANCE HIDROELECTROLÍTICO

Balance Hidroelectrolítico	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
Permite registrar los ingresos y egresos en cada turno por día	26	83.9%	5	16.1%
Medición exacta del balance en el adulto (Perdidas insensibles y agua metabólica)	24	77.4%	7	22.6%
Registrar fecha de realización, nombres, apellidos del paciente	29	93.5%	2	6.5%
No se registrar fecha de inicio de tratamiento.	15	48.4%	16	51.6%
Registrar número de cama, servicio, peso, nombre de la enfermera, firma sello y colegiatura	16	51.6%	15	48.4%
El resultado del balance no siempre será positivo	30	96.8%	1	3.2%

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

En cuanto al balance hidroelectrolítico, podemos observar que el 96,8% afirma conocer que el resultado del balance no siempre será positivo, el 93,5% conoce que debe registrar la fecha de realización del balance, nombres y apellidos del paciente. Por el contrario el 51,6% desconoce que para realizar el balance hidroelectrolítico no se debe tener en cuenta la fecha de inicio del tratamiento. Cabe mencionar que el 48,4% desconoce que debe registrar el número de cama, servicio, peso del paciente, nombre de la enfermera, firma, sello y colegiatura.

ANEXO N°10

CONOCIMIENTO SOBRE LA HOJA DE SIGNOS VITALES

Hoja de signos vitales	Conoce		Desconoce	
	f	%	f	%
El pulso se inicia en 60 y la frecuencia respiratoria en 20	18	58.1%	13	41.9%
Color rojo para el signo vital del pulso	31	100.0%	0	0.0%
Forma, color y grado correcto para iniciar la gráfica de temperatura.	20	64.5%	11	35.5%

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017

La siguiente tabla nos muestra que el 64,5% conoce la forma, color y grado correcto para iniciar la gráfica del signo vital temperatura y por el contrario el 41,9% desconoce que el pulso se inicia en 60 y la frecuencia respiratoria en 20. Cabe mencionar que todos los profesionales de enfermería conocen que el color rojo es el indicado para graficar el pulso.

ANEXO N° 11
CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD Y TIEMPO DE SERVICIO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Preguntas	Edad					Tiempo de servicio				
	Conoce		Desconoce		p-valor	Conoce		Desconoce		p-valor
	f	mediana [RIQ]	f	mediana [RIQ]		f	mediana [RIQ]	f	mediana [RIQ]	
Registro en la hoja de Kardex										
Forma de registro si el paciente se rehúsa al tratamiento	26	42,5 [30,75 - 59,25]	5	55 [40,50-61,50]	0,258	26	15 [4-30,50]	5	30[14,50-36,50]	0,101
Consignar nombre completo, colegiatura, firma y sello	9	40 [29,50-48,50]	22	49 [32,75-60,25]	0,097	9	6[3,50-23,50]	22	18,50[5,50-33,25]	0,191
Diagnóstico médico no se registra en abreviaturas	26	47[32,75-60]	5	30 [29-56]	0,247	26	17 [5,75-32,25]	5	4 [4-27,50]	0,389
Tratamiento farmacológico se registra sin abreviaturas	9	47 [34,50-57,0]	22	45 [30,75-60]	0,879	9	20 [6,50-30]	22	15 [4-32,25]	0,571
Fechar el inicio de tratamiento	24	42,50 [30,25 - 58,25]	7	55 [36-62]	0,218	24	16 [4 -30,25]	7	30 [6-32]	0,332
No se registra los ingresos y egresos en cada turno por día	26	47 [32,75-60]	5	30 [29 - 54]	0,226	26	18,50 [5,75-32]	5	4 [4 -25,50]	0,420
No se registra el estado del paciente y sus signos vitales	29	47 [32,50-60]	2	29 [28-30]	0,053*	29	17 [5,50-32]	2	-	0,147
No se registra el ingreso de agua y egresos	30	47 [31,75-60]	1	-	0,287	30	17[4,75-32]	1	-	0,314
Generalidades del registro de enfermería										
Elaborar el balance hidroelectrolítico, kardex, notas de enfermería, gráfica de signos vitales	18	44,50 [30-59,25]	13	48 [34,50-60]	0,470	18	6,50 [4,0-30,50]	13	22[11-32,50]	0,279
Acción que debe realizar de cometer un error en el registro	2	58 [55-61]	29	43 [30,50-59,50]	0,171	2	33 [30-36]	29	15 [4-31]	0,107
Los registros de enfermería deben ser claros y legibles	24	45 [31,25-57,50]	7	55 [29-62]	0,507	24	15 [4-28,75]	7	30 [7-36]	0,170
Notas de enfermería										
Color que se debe utilizar	29	43 [30,50-59,50]	2	56 [50-62]	0,171	29	15 [4-31]	2	29,50[22-37]	0,147
La redacción que se debe utilizar (SOAPIE)	24	45 [30,25 - 60]	7	48 [40-55]	0,776	24	15 [4-32]	7	17 [7-30]	0,603
Se deben registrar en los tres turnos	24	45 [32,25-57,50]	7	55 [29-62]	0,868	24	16 [5,25-28,75]	7	30 [3 - 33]	0,962
Balance Hidroelectrolítico										
Permite registrar los ingresos y egresos en cada turno por día	26	45[31,75-60]	5	50 [29,50-56]	0,747	26	16 [4-32,25]	5	22[5,50-27,50]	0,936
Medición exacta del balance en el adulto (Perdidas insensibles y agua metabólica)	24	47,50 [31,25-60]	7	40 [30-50]	0,368	24	21 [4,25-32,75]	7	15 [4-17]	0,309
Registrar fecha de realización, nombres, apellidos del paciente	29	47 [30,50-59,50]	2	49[36-62]	0,493	29	17 [4-31]	2	26 [15-37]	0,277
No se registra fecha de inicio de tratamiento, ingresos y egresos	15	47 [29-59]	16	45 [33,25-60]	0,649	15	15 [4-30]	16	21[4,25-33,75]	0,363
Registrar número de cama, servicio, peso, nombre de la enfermera, firma sello y colegiatura	16	41[30,25-57,50]	15	48 [32-60]	0,373	16	16[3,25-30,25]	15	17 [6-32]	0,440
El resultado del balance no siempre será positivo	30	47 [30,75-60]	1	-	0,779	30	17 [4-32]	1	-	0,695
Hoja de signos vitales										
El pulso se inicia en 60 y la frecuencia respiratoria en 20	18	48,50[29,75-60]	13	43[33,50-57]	0,984	18	17,50[3-34]	13	17[6,50-30]	0,779
Forma, color y grado correcto para iniciar la gráfica	20	44,50[31,25-58]	11	47[30-60]	0,778	20	15[3,25-30]	11	17[6,0-34]	0,301

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017 * p <0,05 significativo

Al analizar la relación entre las preguntas de conocimiento con la edad y el tiempo de servicio, observamos que sólo la edad se relaciona con el conocimiento de la hoja kardex el cual el personal indica que la hoja kardex no permite registrar el estado del paciente y sus signos vitales ($p < 0,05$); llegando a concluir que el conocimiento acerca de que no se registra el estado del paciente y sus signos vitales en la hoja de kardex depende de la edad. Por el contrario la edad y el tiempo de servicio no están relacionados con los demás aspectos en estudio.

ANEXO N°12
Conocimiento según grado académico y labor docente del profesional de enfermería

Preguntas	Grado académico					Docencia				
	Conoce		Desconoce		p-valor	Conoce/Desconoce		Conoce/Desconoce		p-valor
	L (%)	M (%)	L (%)	M (%)		Si (%)	Si (%)	No (%)	No (%)	
Registro en la hoja de Kardex										
Forma de registro si el paciente se rehúsa al tratamiento	20 (76,9)	6 (23,1)	5 (100,0)	-	0,313	6 (23,1)	-	20 (76,9)	5 (100)	0,313
Consignar nombre completo, colegiatura, firma y sello	5 (55,6)	4 (44,4)	20 (90,9)	2 (9,1)	0,043*	4 (44,4)	2 (9,1)	5 (55,6)	20 (90,9)	0,043*
Diagnóstico médico no se registra en abreviaturas	21 (80,8)	5 (19,2)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,687	5 (19,2)	1 (20,0)	21 (80,8)	4 (80,0)	0,687
Tratamiento farmacológico se registra sin abreviaturas	7 (77,8)	2 (22,2)	18 (81,8)	4 (18,2)	0,577	1 (11,1)	5 (22,7)	8 (88,9)	17 (77,3)	0,423
Fechar el inicio de tratamiento	19 (79,2)	5 (20,8)	6 (85,7)	1 (14,3)	0,587	5 (20,8)	1 (14,3)	19 (79,2)	6 (85,7)	0,587
No se registra los ingresos y egresos en cada turno por día	21 (80,8)	5 (19,2)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,687	5 (19,2)	1 (20,0)	21 (80,8)	4 (80,0)	0,687
No se registra el estado del paciente y sus signos vitales	23 (79,3)	6 (20,7)	2 (100,0)	-	0,645	6 (20,7)	-	23 (79,3)	2 (100,0)	0,645
Tratamiento administrado, fecha y hora										
No se registra el ingreso de agua y egresos	24 (80,0)	6 (20,0)	1 (100,0)	-	0,806	6 (20,0)	-	24 (80,0)	1 (100,0)	0,806
Generalidades del registro de enfermería										
Elaborar el balance hidroelectrolítico, kardex, notas de enfermería, gráfica de signos vitales	15 (83,3)	3 (16,7)	10 (76,9)	3 (23,1)	0,499	4 (22,2)	2 (15,4)	14 (77,8)	11 (84,6)	0,501
Acción que debe realizar de cometer un error en el registro	2 (100,0)	-	23 (79,3)	6 (20,7)	0,645	-	6 (20,7)	2 (100,0)	23 (79,3)	0,645
Los registros de enfermería deben ser claros y legibles	21 (87,5)	3 (12,5)	4 (57,1)	3 (42,9)	0,110	4 (16,7)	2 (28,6)	20 (83,3)	5 (71,4)	0,413
Notas de enfermería										
Color que se debe utilizar	23(79,3)	6(20,7)	2 (100)	-	0,645	6(20,7)	-	23(79,3)	2(100)	0,645
La redacción que se debe utilizar (SOAPIE)	19(79,2)	5(20,8)	6(85,7)	1(14,3)	0,587	5(20,8)	1(14,3)	19(79,2)	6(85,7)	0,587
Se deben registrar en los tres turnos	19(79,2)	5(20,8)	6(85,7)	1(14,3)	0,587	5(20,8)	1(14,3)	19(79,2)	6(85,7)	0,587
Balance Hidroelectrolítico										
Permite registrar los ingresos y egresos en cada turno por día	22(84,6)	4(15,4)	3(60)	2(40)	0,241	5(19,2)	1(20)	21(80,8)	4(80)	0,687
Medición exacta del balance en el adulto(Perdidas insensibles y agua metabólica)	20(83,3)	4(16,7)	5(71,4)	2(28,6)	0,413	4(16,7)	2(28,6)	20(83,3)	5(71,4)	0,413
Registrar fecha de realización, nombres, apellidos del paciente	23(79,3)	6(20,7)	2(100)	-	0,645	6(20,7)	-	23(79,3)	2(100)	0,645
No se registra fecha de inicio de tratamiento, ingresos y egresos	12(80)	3(20)	13(81,3)	3(18,8)	0,641	3(20)	3(18,8)	12(80)	13(81,3)	0,641
Registrar número de cama, servicio, peso, nombre de la enfermera, firma sello y colegiatura	13(81,3)	3(18,8)	12(80)	3(20)	0,641	4(25)	2(13,3)	12(75)	13(86,7)	0,359
El resultado del balance no siempre será positivo	24(80)	6(20)	1(100)	-	0,806	6(20)	-	24(80)	1(100)	0,806
Hoja de signos vitales										
El pulso se inicia en 60 y la frecuencia respiratoria en 20	16(88,9)	2(11,1)	9(69,2)	4(30,8)	0,182	3(16,7)	3(23,1)	15(83,3)	10(76,9)	0,499
Forma, color y grado correcto para iniciar la gráfica	17(85)	3(15)	8(72,7)	3(27,3)	0,354	4(20)	2(18,2)	16(80)	9(81,8)	0,646

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería del área de emergencia HRDLM-2017 ; * p <0,05 significativo L: Licenciada M: Magister.

En relación al conocimiento según grado académico y labor docente del profesional de enfermería, observamos que en ambas características se relaciona con el conocimiento de que el profesional de enfermería debe consignar nombre completo, colegiatura, firma y sello en la hoja de kardex ($p < 0,05$); es decir el conocimiento sobre el registro del profesional de enfermería (nombre completo, colegiatura, firma y sello) en la hoja de kardex depende del grado académico y de realizar labor docente. Por el contrario la edad y el tiempo de servicio no están relacionados con los demás aspectos en estudio.

