



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Auditoría al proceso de atención de enfermería del
paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos
de un hospital de EsSalud de Lima Perú 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Enfermería Intensivista

AUTOR

Rayza Maribel AMPUERO MENDOZA

ASESOR

Edna RAMÍREZ MIRANDA

Lima - Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ampuero R. Auditoría al proceso de atención de enfermería del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de EsSalud de Lima Perú 2022 [Trabajo Académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina/Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Rayza Maribel Ampuero Mendoza
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71327023
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-6011-4900
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Edna Ramírez Miranda
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09398149
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9276-6692
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Yesenia Deifilia Retamozo Siancas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297138
Datos de investigación	
Línea de investigación	B. 1.2.2. Gestión de establecimientos y servicios de salud.
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Recursos propios
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: La Victoria Latitud: -12.05963535 Longitud: -77.02236228077756
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022
URL de disciplinas OCDE	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA



TRABAJO ACADÉMICO: AMPUERO MENDOZA, RAYZA MARIBEL

“AUDITORÍA AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD DE LIMA PERÚ 2022.”

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA INTENSIVISTA

Lima, 24 de mayo del 2023.

Señor Doctor
MANUEL HERMAN IZAGUIRRE SOTOMAYOR

Vicedecano de Investigación y Posgrado
De la Facultad de Medicina Humana –UNMSM

El Comité de la especialidad, Ha examinado el Trabajo Académico de la referencia, el cual ha sido:

APROBADO



DESAPROBADO



DIECISIETE (17)



Firmado digitalmente por RETAMOZO
SIANCAS Yesenia Deifilia FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24.05.2023 13:02:31 -05:00



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina



Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección de Segunda Especialización

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Dra. Edna Ramírez Miranda en mi condición de asesor (a), del trabajo académico, cuyo título es "AUDITORIA AL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CRITICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD DE LIMA PERU 2022". presentado por la Lic. Rayza Maribel Ampuero Mendoza para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería Intensivista.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del trabajo académico. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 7% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor: _____

Nombre del Asesor: Dra. Edna Ramírez Miranda

DNI: 09398149



INDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I: EL PROBLEMA	5
1.1 Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación.	5
1.2 Justificación de la investigación.	8
1.3 Formulación de objetivos.	9
1.3.1 Objetivo general.	9
1.3.2 Objetivos específicos.	9
1.4 Limitaciones del estudio.	9
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	9
2.1. MARCO TEÓRICO.	10
2.1.1 Antecedentes del estudio.	10
2.1.2 Base Teórico Conceptual.	13
2.1.3 Definición operacional de términos.	35
2.1.4 Formulación de la hipótesis.	36
2.1.5 Operacionalización de la variable.....	36
2.2. DISEÑO METODOLÓGICO	37
2.2.1 Tipo de investigación.....	37
2.2.2 Descripción del área de estudio	37
2.2.3 Población.	37
2.2.4 Muestra y Muestreo.	38
2.2.5 Criterios de inclusión.....	38
2.2.6 Criterios de exclusión.	38
2.2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
2.2.8 Plan de recolección y análisis estadístico de los datos.....	39
2.2.9 Validez y confiabilidad.....	39
2.2.10 Consideraciones éticas.	40
CAPITULO III: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	42
3.1. Cronograma de trabajo.	42
3.2. Presupuesto.	43
3.3. Recursos disponibles.	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
ANEXOS	49
- Anexo 1: Instrumento	
- Anexo 2: Cuadro operacionalización de la variable	
- Anexo 3: Matriz de consistencia	

DATOS GENERALES

- 1. Título:** Auditoría al proceso de atención de enfermería del paciente crítico en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de ESSALUD de Lima 2022
- 2. Área de Investigación:** Enfermería
- 3. Autor responsable del proyecto:** Lic. Enf. Rayza Maribel Ampuero Mendoza
- 4. Asesora:** Dra. Edna Ramirez Miranda
- 5. Institución donde se ejecutará el proyecto:** Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Peru
- 6. Código del proyecto:**

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la salud forma parte de los Objetivos de desarrollo del milenio, convirtiéndose en un área que está presente en la agenda mundial y nacional, es por ello que el desarrollo de investigaciones en salud es imprescindible.

Podemos identificar diferentes líneas de investigación, sin embargo, algunas de ellas cuentan con más interés que otras. Así la preocupación por la calidad de atención al paciente se convierte de gran importancia, y al hablar de calidad es necesario mencionar también a Auditoría en Salud. Esta surge como una importante herramienta para evaluar la calidad de la atención brindada al paciente, y bajo la concepción del equipo multidisciplinario y la importante labor que cada profesión desempeña, es que se desarrolla también la auditoría en enfermería.

Es así que, gracias a su labor continua, enfermería ha acumulado experiencia, lo que le ha permitido crecer con responsabilidad y convicción, por consiguiente, no es ajena a promover acciones para fortalecer la práctica y educación de sus miembros contribuyendo así a la mejoría de los servicios de salud para todas las personas, por tanto, a nivel mundial se ha ido estudiando e investigando más respecto a este tema. Particularmente Latinoamérica cuenta con investigaciones recientes que refuerzan la Auditoría en enfermería, no obstante, en nuestro país son escasas las investigaciones al respecto.

En resumen, surge el interés de contribuir con el empoderamiento de Enfermería a través de un estudio de Auditoría en enfermería, que contribuya no solo a la profesión desde la perspectiva de educar y compartir conocimientos, sino también a la persona que recibe los cuidados de Enfermería al asegurar la calidad de la atención de enfermería recibida.

Por consiguiente, el presente proyecto tiene un enfoque cuantitativo, método descriptivo, diseño no experimental y de nivel aplicativo. La muestra será conformada por 30 procesos de atención de enfermería del paciente crítico, la técnica para la recolección de datos será la observación y se aplicará una guía de observación como instrumento.

Finalmente, el proyecto se encuentra estructurado en tres secciones: el primer apartado aborda el problema, comprendiendo a su vez su planteamiento, delimitación y formulación del mismo, así como la formulación de los objetivos y limitaciones del estudio; posteriormente, en el apartado segundo se encontrarán las bases teóricas y metodológicas, subdividiéndose en marco teórico, donde se exponen estudios previos además de la base teórica y la definición operacional de términos, y en diseño metodológico, que expone el tipo de investigación, la población y muestra, también los criterios de inclusión y exclusión, técnica e instrumento para la recolección de datos así como su validez y confiabilidad; finalmente en el último apartado se podrá encontrar los aspectos administrativos relacionados al proyecto. Al término de los mismos se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación

Buscar asegurar la calidad de atención al paciente ha sido un propósito a nivel mundial en el sector salud; es así que, a principios del siglo XX, en los Estados Unidos, la auditoría en el área de la salud surge por primera vez como una herramienta importante para medir la calidad de la atención brindada al paciente, teniendo como principal herramienta las historias clínicas. Sin embargo, fue la enfermera Florence Nightingale en el siglo XIX, quien dio los primeros reportes sobre calidad del cuidado al comparar Crimea y Londres en cuanto a la mortandad en sus hospitales, ello constituiría los primeros rasgos básicos de la auditoría. (1)

Es a partir de estos cimientos que la auditoría en el sector salud ha ido cobrando creciente importancia, desarrollándose en diversos países bajo sus propios enfoques. El Perú no es ajeno a ello, es por eso que en la actualidad el Ministerio de Salud del Perú cuenta con un documento técnico normativo, la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud (NTS N° 029-MINSA), que brinda las directrices respecto a la auditoría como herramienta para asegurar la calidad de atención al paciente. Este documento además constituye que la auditoría en salud es conformada por diversas profesiones, entre ellas Enfermería (2). Es así que la auditoría en enfermería se ha establecido y se va posicionando poco a poco, definiéndola como la evaluación de la calidad de la prestación de enfermería de manera sistemática que es brindada al paciente o persona, para esta evaluación se utilizarán los registros de enfermería. (3)

Por su parte el registro de enfermería es un documento legal que forma parte de la historia clínica del paciente y es función del enfermero registrar adecuadamente las intervenciones y acciones realizadas con y para el paciente, este ha de ser más detallado en cuanto a paciente crítico se refiere; es así que el registro de enfermería consiste en la comunicación por escrito de los hechos esenciales acontecidos en un periodo de tiempo determinado. Estos registros tienen la intención de informar la técnica y clínica de los cuidados de enfermería brindados al paciente; de igual

manera tienen la finalidad de avalar la calidad, asegurar la continuación de los cuidados y finalmente optimizar la comunicación entre los enfermeros y otros profesionales que puedan hacer uso de estos. (4)

Igualmente, en las unidades de cuidados intensivos, así como en la mayoría de labores prácticas de enfermería, se brindan los cuidados al paciente crítico orientados por un plan de cuidados, el mismo que resulta del proceso de atención de enfermería, el cual tiene sus cimientos en la teoría de Florence Nightingale, surgiendo de la necesidad de organizar las prácticas del cuidado enfermero de forma sistemática y científica (5); que de acuerdo a las necesidades del paciente crítico, debe hacerse de manera minuciosa, a través de cada una de las etapas del proceso enfermero y de un monitoreo continuo; de manera ideal este proceso se refleja en los registros de enfermería, por lo que exige que estos sean detallados, teniendo como principales características que debe ser un documento preciso en cuanto a los hallazgos, actividades y cuidados brindados al paciente, comprensible para quien lo lea, respetando la secuencia cronológica del desarrollo de las labores, siendo registrados inmediatamente después de su realización. Es decir, el registro enfermero debe reflejar la calidad técnico-científica de nuestro cuidado, así como la calidez humana y la ética que son parte de nuestra responsabilidad profesional. (6)

En relación con el manejo de los registros de enfermería está normado y direccionado por documentos legales como la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" del Ministerio de Salud, también el "Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú" y "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social De Salud - Essalud", con el propósito de estandarizar estos registros y de asegurar la calidad del cuidado de enfermería. (7)

De acuerdo a lo anteriormente mencionado es que se tiene minucioso detalle en el registro de los cuidados que el enfermero brinda y más aún en la evaluación de los mismos, todo ello para lograr principalmente estándares de calidad; en virtud a ello es que se hace imprescindible que los cuidados brindados sean evidenciados a través de nuestro principal instrumento científico: el Proceso de Atención de Enfermería(PAE);

entonces es la valoración el componente principal para la recolección de datos que serán procesados y resultarán en la formulación de los diagnósticos de enfermería, que consecuentemente nos llevarán a planificar las intervenciones que serán realizadas en el cuidado del paciente crítico, y finalmente la evaluación del paciente posterior a las intervenciones realizadas. Son la hoja de cuidados de enfermería del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y las anotaciones de enfermería los principales registros enfermeros que cuentan con las evidencias de este proceso, el mismo que es realizado por la enfermera especialista en Cuidados Intensivos. (8)

Según las pesquisas internacionales realizadas en cuanto a los antecedentes relacionados al tema, tenemos que, en Sudamérica, específicamente en Bolivia un estudio reciente que hace referencia al cumplimiento del PAE en los registros de enfermería, se evidencia que los registros de enfermería estudiados en su mayoría cumplen de manera incompleta con el uso de la NANDA, de igual manera un porcentaje mínimo cuenta con faltas en cuanto a la estructura de los mismos. (9) Del mismo modo en Brasil un estudio demostró que los registros de enfermería cumplen parcialmente con la normativa vigente en su país, haciendo la recomendación de mayor hincapié en la capacitación del enfermero profesional responsable de cada uno de los registros, ello si se desea lograr el perfeccionamiento de los mismos. (9)

A nivel nacional, tenemos un estudio realizado en la ciudad de Arequipa que evaluó la conformidad de la estructura y contenidos de estos registros, dio como resultado que la mayoría de los registros analizados no cumplen con la conformidad mínima esperada (10); así mismo en Trujillo se llevó a cabo un estudio para evaluar la calidad de las notas realizadas por los enfermeros en una unidad de cuidados intensivos, cuyos resultados revelaron que casi el 90% de los registros evaluados son de mala calidad, en cuanto a estructura y contenido. (11) De igual manera en Lima un estudio correlacional en el que se determinó la relación entre la calidad de registros enfermeros y la Norma técnica N°029, documento normativo respecto a la auditoría para calidad de atención en salud, se evidenció que

existen carencias en la estructura y contenido de los mencionados registros. (12)

En el Instituto de Salud Especializado III-2 Guillermo Almenara Irigoyen, centro donde se pretende realizar la presente investigación, rutinariamente se han estado realizando auditorías de calidad a los registros de enfermería de manera opinada e inopinada, sin embargo, el proceso de atención de enfermería ha sido poco observado, hecho que llama la atención puesto que es la principal herramienta científico-teórica de enfermería.

Debido a lo anteriormente mencionado surgen las siguientes preguntas ¿los cuidados de enfermería estarán siendo registrados adecuadamente y detalladamente?, ¿las enfermeras contarán con el tiempo necesario para plasmar el PAE en los registros?, ¿las enfermeras están considerando importante el desarrollo de las cinco etapas del proceso enfermero en sus respectivos registros? Por lo tanto, se toma la decisión de realizar dicha investigación formulando la siguiente pregunta:

¿Cómo es la auditoría al proceso de atención de enfermería en el paciente crítico – unidad de cuidados intensivos Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2022?

1.2 Justificación de la investigación

La importancia de este proyecto de investigación para la profesión radica en el fortalecimiento del quehacer enfermero en el área de auditoría, puesto que al ser una actividad relativamente reciente, surge la necesidad de tener a profesionales enfermeros evaluando la calidad de atención brindada por sus pares, esto bajo la perspectiva de que no hay mejor profesional para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería que un enfermero; de igual manera fortalecerá los conocimientos en cuanto calidad de atención evidenciada en los registros de enfermería.

Para la sociedad este estudio permitirá desarrollar estrategias para lograr la máxima calidad de atención al paciente crítico, ello a través del proceso de atención de enfermería evidenciado en los registros de enfermería; esto implica que los cuidados de enfermería en el paciente crítico sean evidenciados de manera óptima en el principal registro de enfermería que

se maneja en la UCI, teniendo que cuenta la estructura y contenido óptimos.

A la ciencia este estudio aportará con una investigación descriptiva específica en el tema de auditoría, que cimentará las bases para futuras investigaciones, dado que la investigación en auditoría cuenta con pocos estudios.

1.3 Formulación de objetivos.

1.3.1 Objetivo general.

Determinar el proceso de auditoría según la aplicación del proceso de atención de enfermería en el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2022.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Identificar la auditoría del proceso de atención de enfermería a través los registros de enfermería en el paciente crítico, **según dimensión estructura.**
- Identificar la auditoría del proceso de atención de enfermería a través los registros de enfermería en el paciente crítico, **según dimensión contenido.**

1.4 Limitaciones del estudio

- El estudio se limitará a estudiar la hoja de cuidados de enfermería y las anotaciones de enfermería de la UCI general de dicha institución.
- La oposición de la institución para realizar el estudio.

CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS.

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes del estudio

A Nivel Internacional

- Huanca Poma Mariela, 2020, Bolivia, realizó el estudio “Cumplimiento de Registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y Normas Internacionales realizado por el profesional de Enfermería en pacientes con Ventilación No Invasiva (VNI) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital del Norte, Julio 2018 a Julio 2019”; con el objetivo de determinar el cumplimiento del PAE según NANDA-NIC-NOC y normas internacionales a través de los registros enfermeros; el estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño retrospectivo y transversal; la población la conformaron 48 registros de pacientes con VNI de la UCI adultos. El estudio fue multivariable, estas a su vez tuvieron como valor final cumple, no cumple o cumplimiento mínimo; para poder medirlas, se utilizó un instrumento validado antes de la aplicación, con 14 indicadores y arrojando los siguientes resultados: 34 registros de enfermería que corresponden al 71% del total cumplen mínimamente con el uso de NANDA, así mismo el 83% del total de registros de enfermería, es decir 40, cumplió con no poseer correcciones o borrones, el mismo porcentaje cumplió mínimamente con ser registros precisos y claros; cumplimiento mínimo fue entendido como un registro incompleto y con algunas partes en donde no se realizó la acción observada. Concluyendo que los registros no cumplen con las normas internacionales, específicamente al cumplimiento según la NANDA. (8)
- Almeida Da Silva y colaboradores, 2019, Brasil, realizaron el estudio “Auditoría de calidad de expedientes de enfermería en registros en un hospital universitario”, el objetivo de esta investigación fue analizar la calidad de los registros de enfermería en historiales de un hospital universitario. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de diseño transversal; la población estuvo conformada por 203 registros

de enfermería, se utilizó un instrumento estructurado para la recolección de datos. Se obtuvo los siguientes resultados: más del 90% de registros auditados contaban con identificación correcta de pacientes, con nombre completo y número de historia clínica, por otro lado, se llegó a la conclusión de que la calidad de los registros de enfermería atiende de manera parcial a las recomendaciones del Consejo Federal de Enfermería, sugiriéndose la necesidad de constante educación para el fortalecimiento de acciones para cumplir el objetivo de la realización de registro de enfermería con excelencia. (9)

- Limachi T. Julia, 2018, Bolivia, realizo el estudio “Hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva por enfermería de la Caja Bancaria Estatal de Salud, Ciudad de La Paz Gestión 2018”, cuyo objetivo fue determinar el cumplimiento de la Hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal. Como resultados se tuvo ningún registro de la hoja de la UTI auditado llego al 80%, esta mínima puntuación lo calificaría como óptimo. (13)

A Nivel Nacional

- Mamani Palomino Eufemia, 2019, Arequipa, llevo a cabo la investigación “Calidad de los registros de enfermería en el servicio pediatría del hospital regional Honorio Delgado, Arequipa 2018” con el objetivo de establecer la calidad de cuatro registros de enfermería: hoja gráfica, balance hídrico, notas de enfermería y kárdex; a través de la evaluación de la conformidad de los datos de filiación, contenido y atributos del registro. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y retrospectivo, diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por registros de enfermería de 130 historias clínicas. Se obtuvieron como resultado que los registros de enfermería se encuentran en calidad de mejora puesto que alcanzaron el 60 a 89 % del puntaje máximo esperado, sin embargo, en relación al contenido tienen carencias en la claridad, y puesto que estos registros son documentos legales, esta falla en la claridad expone al profesional a riesgos legales. (10)

- Ccusi Alvarez Sonia, 2017, Tacna, ejecutó la investigación “Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna”, para comprobar si existía relación entre el conocimiento y la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) de acuerdo a las taxonomías NANDA, NIC y NOC; dicha investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal; la población estuvo constituida por 25 enfermeros. Como resultados se tuvo que el 56% del conocimiento sobre el PAE con las taxonomías mencionadas es medio y el 76% no aplica el PAE con estas taxonomías correctamente. Concluyendo entonces que, si existe una relación significativa estadísticamente entre el conocimiento y la aplicación del PAE con las taxonomías NANDA, NIC y NOC. (14)
- Uriarte Fernández Rosa, 2016, Trujillo, realizó el estudio “**Calidad del registro** de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del adulto del hospital regional docente de Trujillo”, con el **objetivo de determinar la calidad en el registro** de las notas de enfermería de la UCI Adulto de dicho hospital. Esta **investigación tuvo un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal**; la población la conformó registros de enfermería pertenecientes a **43 historias clínicas**, a las que se les aplicó una lista de cotejo anteriormente validada. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluyó que el 86% de las notas de enfermería son de mala calidad en general; más específicamente el 65.1 % tuvieron mala calidad con respecto a estructura y en cuanto a dimensión contenido el 100% se consideró de mala calidad, esto considerando las características de las notas en cuanto a datos subjetivos, objetivos, análisis de los mismos, planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones. Por otro lado, se obtuvo que el 100% de las notas de enfermería no consideran el PAE según SOAPIE en su elaboración, siendo estas notas narrativas. (11)

- Rojas Cano Ana, 2019, Lima, estudió la “Calidad de registros de enfermería y su relación con la aplicación de la norma técnica No. 029-MINSA”, teniendo como objetivo la determinación de la relación entre la calidad de estructura y el contenido de los registros de enfermería y la aplicación de la Norma Técnica N°029, en el Hospital Sergio E. Bernales. Este fue un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental, de diseño transversal, correlacional; la población la constituyeron registros de enfermería provenientes de 549 historias clínicas de pacientes atendidos durante el primer trimestre del 2017, con una muestra de 226 registros de enfermería, se evaluó la estructura y contenido; como instrumento se adaptó la Ficha de calidad de registro de enfermería de la mencionada norma técnica por la necesidad del estudio. Los resultados obtenidos fueron que las el 65 % (147) Notas de ingreso son incompletas, el 74.8% (170) de las Evoluciones de Enfermería son completas, en el Kárdex de tratamiento el 92.9% (209) es completo y el 100% de la Gráfica de Signos Vitales son completas; se concluyó entonces que la estructura y contenido de los Registros de Enfermería son deficientes excepto en la Gráfica de Signos Vitales, esto respecto a la aplicación de la Norma técnica de auditoría en salud. (12)

2.1.2 Base Teórica Conceptual

2.1.2.1 Auditoría

2.1.2.1.1 Definición

La RAE define Auditoría como una revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deban someterse. (15)

El vocablo auditoría proviene del inglés audit que significa verificar y/o comprobar; en voces latinas: audire=oír; auditio= acto de oír y aditus=facultad de oír, en concordancia con esto se evidenció que los primeros auditores juzgaban la verdad o falsedad de todo aquello que les encomendaba a su comprobación, utilizando como principal herramienta el oído. (16)

Se define entonces a la auditoría como un proceso sistemático, independiente y documentado con la finalidad de obtener datos

objetivos utilizando registros o evidencias de hechos para evaluarlas de manera objetiva para finalmente determinar el grado en que se cumplen ciertos criterios. (17)

2.1.2.1.2 Objeto

Una auditoría se realiza para proveer una síntesis competente para conseguir información y evidencia necesaria para fundamentar el dictamen profesional del auditor. La auditoría establece además un soporte a la organización y todas sus partes, ya que, gracias a su preparación académica y experiencia profesional, le faculta emitir opiniones, tomar cierta postura y brindar instrucciones en favor de la organización, proporcionando así el análisis y evaluación de la evidencia, lo que resultará en recomendaciones y de ser el caso la asesoría para las actividades examinadas por el auditor. (18)

2.1.2.1.3 Principios

La realización de una auditoría obedece a varios principios, la adhesión a estos garantiza que las conclusiones de la misma sean pertinentes y suficientes.

- **Integridad:** evita que las observaciones sean parciales, así se disminuye la posible subjetividad.
- **Objetividad:** El producto final de la auditoría, debe reflejar la verdad apegándose a la realidad sin alteraciones de la misma, dejando de lado creencias e intereses particulares.
- **Presentación ecuánime:** Los hallazgos, conclusiones e informe final deben reflejar veracidad y exactitud, siendo deber del equipo auditor informar los obstáculos significativos encontrados, así como las disconformidades sin resolver con el auditado. Es importante que la comunicación sea completa, puntual y objetiva.
- **Independencia:** es de suma importancia que el auditor no tenga relación con la actividad a ser auditada, es decir que no forme parte paralelamente de la parte auditada; de no ser esto posible, los auditores deberán reflejar libertad de sesgos y no poseer ningún conflicto de intereses para garantizar que las conclusiones solo están fundamentados en la evidencia.

- Confidencialidad: El equipo auditor debe asegurar la discreción en el uso y protección de la información adquirida en el proceso de la auditoria, además es considerada como confidencial y no debe ser usada de manera inapropiada para ganancia personal o del cliente.
- Toma de decisiones fundamentada en la evidencia: la obtención de evidencia necesaria para la auditoria proviene de fuentes verificables y deben estar siempre disponibles. (17)

2.1.2.1.4 Características

Dentro de las características de la auditoria tenemos:

- Independencia: Una auditoria deberá permitir el acceso libre a los hallazgos encontrados, así como a las conclusiones que resulten de la misma.
- Requerida: Un proceso de auditoría debe ser autorizado y confirmado por la propia organización.
- Indagadora y evaluadora: La labor de auditoría comprende principalmente dos etapas, la primera etapa de trabajo para la obtención de la evidencia y la subsiguiente es el juicio evaluatorio.
- Actividades integradoras: Deberá ser aplicable acorde a las actividades propias de la organización.
- Servicio: Es el carácter principal de la auditoria, puesto que no es punitivo sino más bien de asistencia, soporte y crecimiento,
- Componente de control y prevención: Implica que el auditor integra la parte controladora de la organización, ello considerando que el auditor deberá ser un profesional en relación con los mecanismos de prevención. (18)

2.1.2.1.5 Auditoria en salud

Es la evaluación de la atención prestada, con la finalidad de lograr la calidad de los servicios brindados, propiciando el bienestar y la mejora continua de los procesos del cuidado en favor del paciente. Así mismo se deduce que está orientada a ejecutar los procedimientos que garantizan la calidad de atención en las entidades de salud,

estableciendo criterios para acreditarlos, planteando estándares para cumplir los indicadores establecidos, evaluando efectividad y eficacia de la administración en la organización. (17)

Por otro lado, en Ministerio de Salud del Perú (MINSA) la define como un tipo de Auditoría de Calidad que se enfoca en la atención realizada, o en un aspecto en específico del proceso (enfermería u otros); esta debe realizarse por profesionales de salud capacitados y educados para llevar a cabo este proceso de auditoría. Es posible incluir aspectos administrativos que guarden relación con la atención brindada.

Así mismo el MINSA reconoce la Auditoría en Salud como un mecanismo para evaluar, desde la perspectiva de la calidad, la atención de salud que se brinda a los usuarios, teniendo como finalidad optimizar los procesos de atención en los servicios en salud, promoviendo a su vez el respeto a los derechos de los pacientes en las entidades de salud públicos, privados y mixtos. Es importante mencionar que no tiene fines punitivos. (3)

Resulta entonces en la ejecución de evaluaciones, así mismo la propuesta e implementación de recomendaciones ante las fallas encontradas y el posterior seguimiento a los procesos prioritarios en las atenciones de salud, buscando lograr la calidad esperada a través de la comparación con la calidad observada.

De igual manera, la auditoría en salud forma parte de un ciclo que incluye la auditoría médica, la clínica y la de enfermería. (19)

Cuadro - Temáticas de las auditorías en salud

	Auditoría Médica	Auditoría Clínica	Auditoría Enfermería
Enfoque	Proceso técnico	Calidad técnica en procesos genéricos. Calidad sistémica.	Calidad técnica en procesos genéricos
Participantes	Médicos	Personal de Servicios unidos y separados por disciplinas.	Personal de Enfermería y terapia como disciplinas separadas
Aproximación	Formativa	Formativa	Formativa y sumativo
Medios de aplicación	Desempeño individual del profesional Educación Entrenamiento	Desempeño del profesional del servicio. Desempeño individual, Gerencial	Cuidado de paciente Educación Entrenamiento

Fuente: Llanos (2000)⁽²⁴⁾

2.1.2.1.6 Auditoría en enfermería

a. Definiciones

Es una herramienta de educación formativa que busca incrementar la satisfacción del paciente, promoviendo la estandarización en el uso de protocolos, de esta manera contribuye a la práctica profesional y logra elevar los estándares de calidad; es por ello que evalúa la calidad de los cuidados brindados por enfermería y sus funciones profesionales (asistenciales, administrativas, docentes e investigativas), reflejándose en la calidad de la atención al paciente, la familia y la comunidad. (17)

Es la evaluación formal de una actividad por alguien no involucrado directamente en su ejecución para determinar si esta actividad se está llevando a cabo de acuerdo con sus objetivos. Se evalúa la calidad de la asistencia de enfermería, verificada a través de las anotaciones en el registro del paciente y de las propias condiciones de éste. (13)

b. Componentes

- Oportunidad: Debe ser realizada en el momento indicado y según la necesidad.
- Continuidad: Es un proceso secuencial, con etapas dependientes una posterior a la otra.
- Relación científico-técnica: Para poder llevarse a cabo un adecuado análisis es necesario conocer a profundidad respecto a la disciplina y profesión de enfermería.
- Pertinencia: Las decisiones fundamentadas en el conocimiento conducen a lograr el mayor beneficio para el paciente.
- Eficiencia: A largo plazo el producto del proceso de auditoria se verá reflejado en el aprovechamiento de manera eficaz y eficiente de los recursos disponibles.
- Efectividad: Es el resultado final al alcanzar contextos de calidad. (20)

c. Objetivos

- Evaluar y analizar el desempeño de las funciones enfermeras en la institución.

- Actualizar los documentos normativos orientados a el desempeño del ejercicio practico del profesional asistencial dentro de la institución.
- Lograr la calidad en la atención del paciente y consecuentemente contribuir a una mayor eficiencia.
- Velar por la preservación y el respeto a los derechos de los pacientes, así como la reserva de sus historias Clínicas. (19)

d. Etapas

A. Planeamiento: En esta etapa se deberá obtener la información general para el proceso, ello a través de información de procesos anteriores para definir los criterios de la auditoria actual, estos deben provenir del servicio o unidad donde se llevará a cabo. Se elaborará los documentos de trabajo teniendo en cuenta los criterios ya establecidos a partir de la información recolectada y se deberá establecer un cronograma del plan de trabajo para su ejecución.

B. Ejecución: En esta etapa de desarrollaran tres actividades de manera secuencial, siendo estas dependientes una de la otra:

- a) Verificación de la información: Validación del cumplimiento de la evidencia con los criterios pactados.
- b) Análisis y discusión: Revisión y evaluación de los registros seleccionados que cumplen con los criterios de la auditoría a ejecutar; posteriormente se analizarán los hallazgos. A continuación, se construirá una lista de No Conformidades a partir de la información obtenida y se respaldará con sus respectivas evidencias.
- c) Comunicación de las no conformidades: Es importante presentar al Comité de Auditoría el descargo de las no conformidades con la finalidad de informar los criterios empleados, los objetivos a alcanzar, cual es el alcance y el cronograma a seguir; así como la discusión con los auditados.

- C. Elaboración del Informe Final:** La redacción del mismo se hará de manera clara y precisa, debiendo contener las No Conformidades de la auditoría, así como las conclusiones y recomendaciones. Es importante documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior para la mejora de los procesos y procedimientos asistenciales, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.
- D. Implementación de las Recomendaciones:** Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Jefes o responsables de los Servicios consignados explícitamente en las recomendaciones del informe, quienes deberán diseñar, aprobar y ejecutar un conjunto de acciones preventivas y/o correctivas implementando así las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría.
- E. Seguimiento de las Recomendaciones:** Esta etapa corresponde ser ejecutada por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien dará monitoreo y comprobación del cumplimiento de las recomendaciones hechas en el informe de Auditoría; esto a través de la elaboración y mantenimiento de un registro de recomendaciones formuladas en cada Informe de Auditoría (debe incluir: Número y fecha del informe, recomendación precisa, responsables de la implementación, plazos estrictos de ejecución, fecha de seguimiento y estado de la implementación). Así mismo se acordará con los responsables un plan para su implementación, precisando objetivos y metas, así como los plazos y responsabilidades; igualmente se solicitará al personal responsable la documentación que sustente la situación en que se encuentra dicho proceso; finalmente se elaborará y presentará el informe de seguimiento a la máxima autoridad de la institución, quien verificara la implementación de las recomendaciones. (2)

2.1.2.2 Cuidado

2.1.2.2.1 Definiciones

Según la RAE, la palabra cuidado proviene del latín *cogitatus que significa “pensamiento”, definiéndola como acción de cuidar, asistir, guardar, conservar, también recelo, preocupación y temor. Así mismo define el verbo *cuidar* como poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, también como asistir, guardar y conservar. (21)*

Aristóteles conceptualizaba cuidado como delicadeza, receptividad y respeto por lo que nos rodea y atención a lo que somos en nuestra limitada humanidad. (22)

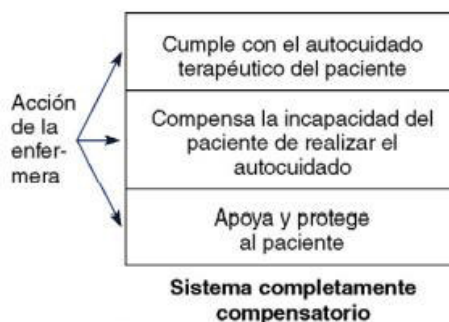
De manera general Lenninger define cuidado como los actos de asistencia, soporte o facilitación que van dirigidos a otro ser humano con necesidades reales o potenciales para mejorar o aliviar las condiciones de vida. (23)

2.1.2.2.2 Cuidado de enfermería

El foco principal del profesional enfermero es el “cuidado”, es por ello que revisaremos las diferentes conceptualizaciones de cuidado de enfermería según Teorías o Modelos de Enfermería.

- **Teoría del proceso de enfermería por Ida Jean (Orlando) Pelletier:** Esta autora fue una de las primeras líderes de enfermería en identificar y resaltar los elementos del proceso de enfermería, su teoría resalta la reciprocidad entre paciente y enfermera, es así que propone que existe una relación positiva entre el tiempo en que no se satisfacen las necesidades del paciente y los niveles de ansiedad del mismo, es por ello que define la función principal del profesional de enfermería como cumplimiento y resolución de manera inmediata las necesidades de ayuda al paciente, para aliviar su desasosiego, teniendo como resultado final la mejora de su conducta. De la misma manera propone que las personas se convierten en pacientes al tener necesidades de ayuda que no pueden satisfacer y que requieren atención enfermera, haciendo hincapié en la inmediatez.

- **Teoría enfermera del déficit del autocuidado por Dorothea E. Orem:** Como parte de su teoría general está la Teoría de los sistemas enfermeros, esta define el cuidado de enfermería como una acción humana, diseñados y producidos por enfermeras, para personas con limitaciones en su salud que generan cuidado dependiente. Estas actividades son diseñadas para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, que están impedidos de comprometerse a desempeñar su autocuidado.



- **La teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica por Anne Boykin:** Según la autora el cuidado de enfermería es “una expresión de amor altruista y activa, es intencional y abarca la identificación del valor y de la conexión”. Esta teoría afirma que el cuidado de enfermería organiza el conocimiento empíricamente en la práctica de manera única y no repetible, creándose en el momento en respuesta a una necesidad, por lo tanto, no puede ser prevista. Es importante resaltar que para la autora el cuidado no es sólo viene de la enfermera, sin embargo, se vive explícitamente en la enfermería, siendo este su principal valor y la finalidad inmediata de su práctica. (23)

2.1.2.2.3 Atributos del cuidado de enfermería:

- Constituye la esencia de la enfermería, por lo que requiere de preparación profesional, considerado como un medio para lograr un fin, que es propiciar la salud de las personas.

- Es un proceso interpersonal intencionado, planificado y dirigido, conformado por etapas y fundamentado en el respeto a las personas.
- Existe en la continuidad salud – enfermedad, por lo que se desarrolla en un determinado contexto y no es aislado. (22)

2.1.2.3 Proceso de atención de enfermería (PAE)

2.1.2.3.1 Definiciones

El surgimiento del proceso de atención de enfermería se da con Florence Nightingale, sin embargo, es a mediados de los años 50's que Hall acuña el término y lo define como "un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente", posteriormente a lo largo de los años diversas teoristas continuaron definiéndolo, es así que hacia finales de los 90's Gordon lo precisa como "Método de identificación y resolución de problemas" y Alfaro puntualiza "Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados" (24).

Se lo define entonces como una herramienta sistemática de planificación y ejecución de los cuidados de enfermería (25), también se define como un modelo sistemático que promueve el pensamiento crítico, permitiendo organizar las actividades que el enfermero brinda, garantizando un nivel competente de cuidados, guiando a su vez la planificación y documentación formal de los cuidados. (26)

Se define también como uno de los más importantes sustentos metodológicos de la enfermería profesional, fundamentado en el método científico. (5)

2.1.2.3.2 Características

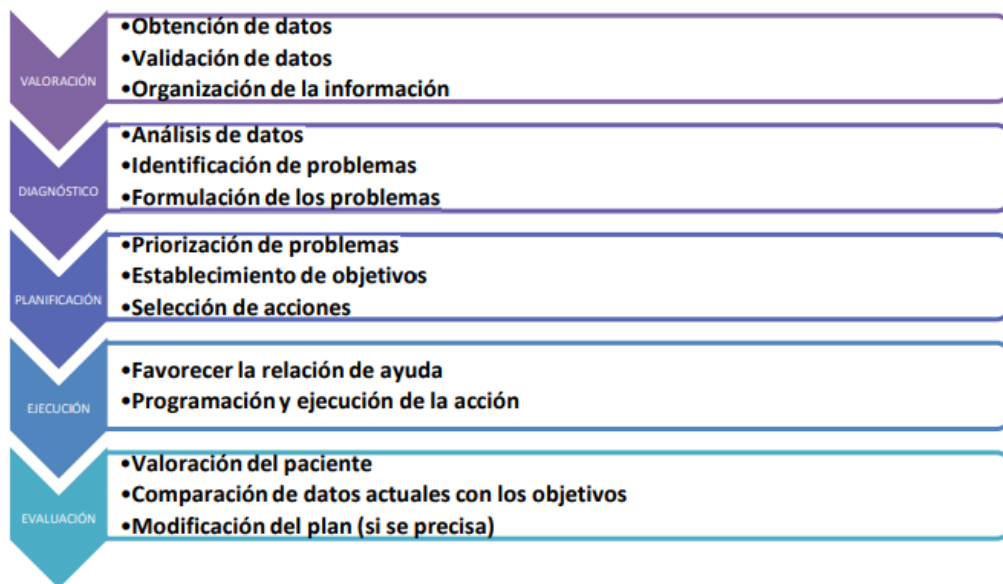
- Es objetivo.
- Es sistemático: Cuenta con etapas dependientes una de la otra, teniendo un comienzo y un fin, de manera organizada busca alcanzar el objetivo propuesto.
- Es dinámico: Al responder al estado de salud de la persona que está en constante cambio.

- Es interactivo: Se desarrolla en la relación enfermera-persona, familia o comunidad, además de ser colaborativo con los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Ya que es adaptable a la labor de enfermería en cualquier ámbito de especialidad y ya sea que se trabaje con la persona, familia o comunidades.
- Tiene una base teórica: Para su desarrollo es necesario el conocimiento teórico y práctico en ciencias y humanidades, pudiéndose aplicar cualquier modelo de enfermería. (27)

2.1.2.3.3 Etapas

En la actualidad se compone de 5 etapas, que se han ido desarrollando conforme a la evolución misma del proceso, estas son secuenciales y sistemáticas, teniendo como objetivo la resolución de los problemas del paciente a través de la toma de decisiones. (24)

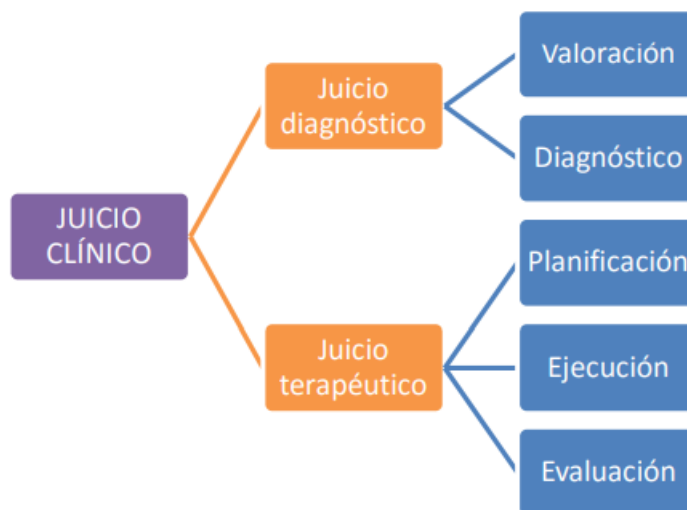
Se requiere de actividades específicas en cada etapa, como se muestra en la siguiente figura:



Fuente: Metodología enfermera

Es importante precisar que el PAE no se reduce al simple registro rutinario de actividades realizadas, puesto que cuenta con un importante componente cognitivo y las herramientas que el pensamiento crítico ofrece para el análisis de información y la emisión

de juicios clínicos. Se habla entonces del juicio clínico enfermero, el mismo que busca la precisión para la resolución de un problema, este implica el **juicio diagnóstico**, para identificar los problemas de salud del paciente y el **juicio terapéutico**, que permite identificar y seleccionar los cuidados necesarios para resolver los problemas de salud del paciente. (24)



Fuente: Metodología enfermera

A. Valoración: Permite la recolección de datos específicos y significativos del estado de salud del paciente, utilizando para ello diversas fuentes y métodos, para luego organizarlos y sistematizarlos. (25)(27)

Los datos a obtener se pueden obtener fuentes primarias, los que brinda directamente el paciente, y las fuentes secundarias, obtenidas de registros, documentos u otras personas (25); estos pueden ser:

- **Datos Subjetivos:** Corresponden a los “síntomas” que el paciente refiere desde su propia perspectiva, por lo tanto, no pueden ser medidos con escalas cuantitativas. (24)
- **Datos Objetivos:** Son los referidos a los “síntomas”, caracterizados por ser observables y medibles por cualquier escala o instrumento. (24)

- **Datos Históricos-antecedentes:** Son aquellos que sucedieron en el pasado, los mismos que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del paciente, permitiendo identificar las características de la salud “normal” del mismo. (25)
- **Datos Actuales:** Son los que hacen referencia a los acontecimientos de salud que suceden en el tiempo actual. (25)

De igual manera los métodos para obtener los datos son:

- **Entrevista clínica:** proporciona el mayor número de datos, facilitando la relación enfermera-paciente.
- **Observación:** se lleva a cabo desde el primer encuentro con el paciente, se realiza de manera sistemática.
- **Exploración física:** para ser llevado a cabo es necesario el consentimiento del paciente, así como la explicación de la actividad. Se utilizan cuatro técnicas:
 - **Inspección:** utilizando la vista, se determina características físicas o comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
 - **Palpación:** a través del tacto se caracteriza estructuras corporales (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad)
 - **Percusión:** con ayuda uno o varios dedos se dan pequeños golpes sobre las superficies del cuerpo para obtener sonidos, los mismos que pueden ser: sordos, mates, hipersonoros y timpánicos.
 - **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por diferentes estructuras corporales con ayuda del estetoscopio. (27)

Es necesario entonces abordar de manera ordenada la recolección de los datos, ello para asegurar la obtención del máximo de datos

en el tiempo disponible, entonces los criterios para esta actividad son:

- **Criterio cefalocaudal:** se inicia en la cabeza hasta las extremidades, dejando al final la espalda.
- **Criterio por sistemas/aparatos:** se inicia desde un aspecto general y funciones vitales, continuando por cada sistema o aparato de manera independiente.
- **Criterio por patrones funcionales:** permite identificar el funcionamiento positivo, alteraciones o riesgos del estado de salud del paciente. (28)

Finalmente, todos los datos obtenidos deben ser documentados y registrados, puesto que son de utilidad como sistema de comunicación entre los profesionales que allí se desempeñan, constituyendo a su vez una prueba de carácter legal, permitiendo la investigación de enfermería y garantizando la calidad de los cuidados enfermeros. (27)

B. Diagnósticos: En esta fase se formula un enunciado del problema real o potencial del paciente, el mismo que requiere de una intervención con el objetivo de resolverlo o disminuirlo. *La NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association) define al diagnóstico enfermero como un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a los problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales; estos proporcionan el sustento para la selección de las actividades de enfermería. (28)

Es por ello que es importante precisar las diferencias entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico:

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Describe una respuesta humana	Describe una enfermedad
Orienta hacia el individuo	Orienta hacia la enfermedad
Puede variar a diario, a medida que se modifican las reacciones humanas	Es constante; permanece invariable durante el proceso de la enfermedad
Guía el cuidado de enfermería (Acciones independientes)	Guía el tratamiento médico (Acciones dependientes)
Complementa el diagnóstico médico	Complementa el diagnóstico de enfermería
Suele hacer referencia a la percepción que el paciente tiene de su estado de salud	Suele hacer referencia a las alteraciones fisiopatológicas reales del organismo
El sistema clasificatorio está desarrollado pero no está aceptado internacionalmente.	Cuenta con una clasificación bien desarrollada y aceptada internacionalmente

Fuente: Metodología Enfermera

Se cuenta también con tipos de diagnósticos, los mismos que van a derivar de las diversas situaciones del paciente:

- **Diagnóstico focalizado en el problema (real):** Surge a partir del juicio clínico relacionado a una respuesta humana no deseada que afecta la salud un proceso vital. (24) Se confirma por la presencia o síntomas principales. (28)
- **Diagnóstico de promoción de la salud:** Resulta del deseo de la persona para aumentar su bienestar, manifestado por su disposición para mejorar conductas de salud, aplicable a cualquier estado de salud. (24)
- **Diagnóstico de riesgo (potencial):** Se relaciona a la vulnerabilidad de la persona para desarrollar una respuesta humana no deseada, sustentado por factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad. (24)
- **Síndrome:** Hace referencia a un conjunto de diagnósticos específicos, estos suceden juntos y se trabajan óptimamente aplicando intervenciones similares. (24).

Así mismo un diagnóstico como tal no proporciona suficiente información, por lo que es necesario datos complementarios

respecto a las causas y manifestaciones en las que sustenta la etiqueta diagnóstica, de acuerdo a ello Marjory Gordon propuso una composición de tres partes: “PES” (P: Problema, indica una “etiqueta” de la NANDA; E: Etiología, concierne a los “factores relacionados o de riesgo”; S: Signos o síntomas, equivalente a las “características definitorias”); las partes del enunciado se unen a través de los siguientes nexos: “en relación con” (r/c) para unir el problema y la etiología y “manifestado por” (m/p) que une la etiología con signos o síntomas. (24)

No todos los enunciados contarán con estas tres partes, entonces se verá que:

- **Enunciado de tres partes:** propio del diagnóstico real, es el único que presenta manifestaciones por lo que está activo al momento de formular el diagnóstico.
- **Enunciado de dos partes:** identificado por el diagnóstico de riesgo, debido a que es una posibilidad no presenta manifestaciones clínicas.
- **Enunciado de una parte:** exclusivos de los diagnósticos de promoción de la salud y los síndromes. (24)
- **Planificación:** posterior a la formulación de los diagnósticos, se procede a la determinar las intervenciones que conlleven a impedir, reducir o corregir los problemas que se han identificado. (24)

Para ello es importante llevar a cabo tres pasos esenciales:

- **Jerarquización de los problemas:** busca priorizar los problemas para identificar cual será atendido antes que otro, esto de acuerdo a las necesidades más urgentes del paciente. Es posible para ello la utilización de la pirámide de Maslow. (27)
- **Establecimiento de objetivos/resultados esperados:** los objetivos se derivan de la primera parte del diagnóstico, dirigen los cuidados permitiendo identificar los resultados

esperados y a su vez medir la eficacia de las actuaciones. (27)

En la actualidad se cuenta con clasificación de resultados de enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification), brindando criterios de resultados a través de una etiqueta para identificar el resultado; estos pueden ser medidos de manera progresiva gracias a la escala de Likert presentando una puntuación que va del 1 al 5, siendo 1 la peor situación posible y 5 la más deseable; además proporciona diferente nivel de especificidad y permite la comparación con un estado basal o anterior, por lo que cuenta con una lista de indicadores elegibles de acuerdo a la complejidad del problema o situación del paciente. (24)

C. Plan de acción (órdenes de enfermería): corresponde a las acciones e intervenciones específicas dirigidas a lograr los resultados esperados y/o propuestos. (25)

Para una planificación adecuada se desarrolló la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions Classification), cada intervención la constituyen un conjunto de actividades concretas y específicas orientadas a lograr los resultados esperados. Se hace una elección de las intervenciones con sus respectivas actividades teniendo en cuenta la relación con el criterio de resultado, fundamentada en evidencia científica, que sea viables y aceptada por el paciente y que además la enfermera cuente con las competencias suficientes para ser realizadas con éxito. (24)

D. Ejecución: en esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, sin embargo, se continúa recogiendo datos y valorando las respuestas a las actividades realizadas; es indispensable la anotación y registro de los cuidados brindados con el fin de mantener el plan de cuidados actualizado. (27)

E. Evaluación: Consiste en la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. (27)

Así mismo es un proceso dinámico en el que se evalúa cada una de las partes del PAE (24).

Consecuentemente se repetirá en distintos omentos para evaluar el logro de los objetivos, permitiendo la reevaluación del plan, lo que posibilitará modificar o excluir diagnósticos enfermeros, objetivos y acciones, procurando así la satisfacción del paciente al conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados. (28)

2.1.2.4 Registro de enfermería

2.1.2.4.1 Definiciones

La RAE establece que la palabra registro proviene del latín regestum, regesta-orum que significa “memorias”, igualmente del latín regere que significa “consignar, transcribir; así la define como: Lugar desde donde se puede registrar o ver algo, padrón y matrícula, cedula o abala en que consta haberse registrado algo. (29)

Son evidencia documentada respecto a las actuaciones e intervenciones profesionales realizadas al paciente, estos reflejan la actividad enfermera. (30)

El registro de enfermería son los documentos específicos que forman parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad. (3) Es uno de los principales sistemas de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Estos son importantes para contribuir a la calidad de los cuidados, promueven la formación e investigación en enfermería, la evaluación necesaria para la gestión de los servicios enfermeros y la promoción del desarrollo de la enfermería; además de constituir una prueba de carácter legal. (31)

Se considera también que son una excelente fuente de información, que recoge todo el proceso del cuidado enfermero, denotando al

profesional como gestor de las distintas eventualidades que a lo largo del tiempo hayan ido surgiendo y cómo el paciente modifica sus respuestas en función de esa gestión. Así mismo varios los autores reconocen la importancia del registro de enfermería como instrumento para valorar la calidad de la atención que reciben los pacientes. (32)

2.1.2.4.2 Características

- **Inmediatez y simultaneidad:** Registrar cualquier procedimiento que se lleve a cabo siempre inmediatamente después de su realización para evitar posibles errores u olvidos. Y, en cualquier caso, nunca antes.
- **Inteligibilidad:** Es importante que sean inteligibles y claros para que resulten fáciles de leer, basado en el hecho de que transcurridos ciertos años un registro no puede ser interpretado de forma diferente a quien lo redactó, de ser así pierde cualquier utilidad y puede, además, conllevar a errores.
- **Precisión:** Deben reflejar información verdadera sobre el paciente, proporcionando información completa y exacta, para la facilidad de la interpretación.
- **Concretas y concisas:** Se debe consignar solamente aquellos aspectos que no se encuadren dentro de la actividad habitual o esperable del servicio.
- **Objetividad:** Evitar juicios de valor ante cualquier comportamiento del usuario. (30)

2.1.2.4.3 Propósitos de los registros de enfermería

- **Instrumento de apoyo a la gestión:** proporciona información estadística de diversa índole como: calcular carga laboral, requerimiento de personal y recursos materiales, así como insumos y equipamiento, controlar la calidad del cuidado, sustentar los sistemas de facturación.

- **Instrumento jurídico:** debido a que se considera un documento legal, estos registros pueden ser requeridos por los tribunales para ser usados como evidencia para testimonio documental de los actos de los profesionales involucrados (responsabilidad legal).
- **Instrumento para dejar constancia escrita** de la actuación de enfermería reflejando su desempeño profesional, el mismo que se rige por lineamientos humanos, éticos y científicos puestos en práctica en las intervenciones, todo ello corresponde a la responsabilidad ética.
- **Instrumento facilitador:** este permite diversos procesos como el desarrollo de un lenguaje enfermero para lograr una estandarización en la práctica, correspondiendo a la responsabilidad profesional. Además, provee datos para evaluar la cantidad y calidad de cuidados enfermeros, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento del paciente, aportando a su vez datos útiles para diversas investigaciones. (4)

2.1.2.4.4 Importancia de los registros de enfermería

- Permiten el intercambio de información respecto a los cuidados brindados, posibilitando la diferenciación del propio desempeño de la del resto del equipo, así como la identificación debilidades en busca de oportunidades de mejora en la calidad de la atención.
- Proporcionan basta información a la profesión para la investigación clínica y docencia, propiciando así, el establecimiento de protocolos y guías de actuación para procedimientos específicos y para cada área de trabajo.
- Conceden una base significativa para la gestión de recursos humanos y materiales, permitiendo el análisis del rendimiento y el análisis estadístico.
- Al tener un carácter jurídico-legal, constituye una prueba objetiva en la valoración de la conducta y cuidados al paciente por parte del profesional. (31)

2.1.2.4.5 Tipos de registros de Enfermería

- **Anotaciones o documentaciones narrativas:** Este tipo de documentación es muy popular en el entorno enfermero y realiza el registro detallado y específico del paciente de manera cronológica, así como su valoración, las intervenciones, cuidados y atenciones brindadas al mismo por parte del profesional de enfermería, el tratamiento y las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas durante el turno también son incluidas; dejando así constancia de dicha información. Su elaboración suele tomar mayor tiempo y tiende a ser repetitiva. Puede ser también usado en un sistema electrónico, usándose un acceso de texto independiente o plantillas preelaboradas.
- **Anotaciones orientadas al problema:** Estas están orientadas al problema y se elaboran de paralelamente al Proceso de Atención de Enfermería, utilizándose un formato constante, un acrónimo con las siglas SOAPIE que se constituye de la siguiente manera: S para datos subjetivos, incluyendo sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente; O: para datos objetivos, los mismos que deben ser obtenidos durante la valoración; A: para interpretaciones después de analizar los datos, o sea los diagnósticos de enfermería, ya sean reales o potenciales, es importante aplicar la estructura correcta según la NANDA, así como el código de los mismos; P: hace referencia al plan de atención, es necesario registrar aquí el resultado esperado de la planificación, lo que la enfermera planea hacer para resolver el problema; I: para las intervenciones o ejecuciones, debiéndose registrar las acciones e intervenciones ejecutadas a fin de solucionar los problemas ya identificados; E: para evaluación, anotándose los resultados y la evaluación de la eficacia de las intervenciones, debiéndose registrar en tiempo presente.

- **Anotaciones focus:** Este método también sigue al Proceso de atención de enfermería más ampliamente puesto que, permite a los enfermeros amplificar sus procesos mentales incluyendo no solo el área problema. Para ello se utiliza el formato del acrónimo DAR, que aborda también las preocupaciones del paciente, signos o síntomas, estado de salud actual del paciente, diagnóstico enfermero, episodios importantes y cambios en el estado del paciente; siendo D: para datos subjetivos y objetivos, A: para acciones o intervenciones de enfermería y R: para la respuesta del paciente evaluando la efectividad de las intervenciones realizadas. Suele ser más resumido ofreciendo incluso mayor posibilidad de abordar de una manera más holística el cuidado del paciente, dado que contiene todos los datos del paciente, las intervenciones realizadas y la evaluación de la eficacia de las mismas.
- **Registros informáticos:** Estos registros requieren ordenadores para su realización, a través de las tecnologías de información y comunicación para facilitar la adquisición de datos, procesamientos e interpretación de los mismos, lo que permitirá el uso óptimo y la comunicación de estos datos, en general, teniendo a disposición, a través de una historia clínica electrónica, todos los datos del paciente, facilitando así la transpirabilidad de la información del paciente, tales como estudios de ayuda diagnóstica, exámenes de laboratorio, notas sobre evolución del paciente tanto actuales como pasadas, ofreciendo además la posibilidad de análisis estadísticos que contribuyan a investigaciones; sin embargo en nuestro país son pocas las instituciones que cuentan con estos registros, faltando adecuada implementación. (32)

2.1.2.4.6 Registros de enfermería en UCI

La situación crítica del paciente en una unidad de cuidados intensivos demanda un detallado registro de los cuidados de enfermería a fin de llevar monitorización adecuada de los pacientes críticos y establecer un plan de cuidados acorde al paciente y su evolución. Sin embargo, la

complejidad del estado de estos pacientes difícil reflejar su situación real con este lenguaje y conseguir una correcta transmisión de la información. (32)

Es por ello que la hoja del registro de enfermería tiene una amplitud que procura evidenciar todos estos cuidados.

2.1.3 Definición Operacional de términos

Proceso de atención de enfermería

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, permitiendo brindar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Proceso de atención de enfermería en el paciente crítico

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería especializada en cuidados intensivos, permitiendo brindar cuidados de forma específica, racional, lógica y sistemática al paciente crítico.

Auditoría al proceso de atención de enfermería

Es la aplicación de los resultados que se dan por el instrumento de evaluación en los registros del paciente como son la hoja de monitoreo y valoración de enfermería y las anotaciones de enfermería.

Proceso de estructura

Son las partes de los registros de enfermería referidas a las características de calidad, compuesta por los indicadores de precisión, continuidad, legibilidad y claridad. Cada ítem fue medido en escala de intervalo, teniendo el siguiente puntaje:

- Conforme: 1
- No conforme: 0
- No aplica: -

Proceso de contenido

Son las partes de los registros de enfermería referidas al proceso de atención de enfermería del paciente, compuesta por los indicadores de valoración, diagnósticos, planificación, intervenciones y evaluación de enfermería. Cada ítem será medido en escala de intervalo, teniendo el siguiente puntaje:

- Conforme: 1
- No conforme: 0
- No aplica: -

2.1.4 Formulación de la hipótesis

Al ser el presente un estudio descriptivo, no se considerará la formulación de una hipótesis.

2.1.5 Operacionalización de la Variable

Auditoria al proceso de atención de enfermería en el paciente crítico

Esta variable es de tipo categórica y su escala es ordinal, cuyo criterio de medición será:

- **Conforme:** si el registro cuenta con el ítem auditado.
- **No conforme:** si el registro no cuenta con el ítem auditado.
- **No aplica:** si el ítem auditado no aplica en el registro auditado.

Está conformada por dos dimensiones:

- **Dimensión Estructura:** esta dimensión pretende medir las características referidas a los aspectos físicos, forma y orden. Está constituida por los indicadores: Precisión, Continuidad, legibilidad y claridad.
- **Dimensión Contenido:** esta dimensión pretende medir las características referidas a la aplicación de proceso de atención de enfermería. Está constituida por los indicadores: valoración, diagnósticos, planificación, intervenciones y evaluación.

2.2. Diseño metodológico

2.2.1 Tipo de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, lo que permitirá cuantificar la variable; de diseño no experimental, puesto que no se aplicará ningún tipo de experimento y no se manipulará la variable; de método descriptivo puesto que permitirá mostrar la información obtenida de acuerdo a la realidad; de corte transversal, porque se recolectará la información en un tiempo y espacio determinados.

El nivel es aplicativo, pues sus resultados permitirán comprender la auditoría de los registros de cuidados enfermería en el paciente crítico.

2.2.2 Descripción del área de estudio

La investigación se desarrollará en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, clasificado como un Instituto de Salud Especializado III-2, ubicado en el distrito de La Victoria, del departamento de Lima, que presenta un nivel de complejidad de categoría III-2; debido a su alto nivel de especialización y capacidad resolutive en enfermedades de alta complejidad.

A su vez esta institución cuenta con diversas unidades de cuidados intensivos, sin embargo la aplicación del instrumento se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Generales, esta se encuentra ubicada en el segundo piso del ala oeste del hospital, cuenta con una capacidad de 19 camas.

2.2.3 Población

La población de estudio la constituirán el total de unidades de estudio que cumplen y concuerdan con una serie de criterios; estará conformada por 152 procesos de atención de enfermería en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos generales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

2.2.4 Muestra y Muestreo

La muestra, la conformarán el total de los elementos que conformen la población; serán 152 unidades de estudio, elegidas a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando que esta UCI cuenta con una capacidad de 19 camas, elaborándose 2 PAE por paciente crítico en 24 horas, y que además se tomarán en 4 días no consecutivos para conveniencia del estudio.

2.2.5 Criterios de inclusión

Procesos de atención de enfermería en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos general del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del año 2022, entre el mes de julio, de 4 días no consecutivos de la semana.

2.2.6 Criterios de exclusión

Procesos de atención de enfermería en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos de otras áreas.

Procesos de atención de enfermería en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de años, meses o días diferentes de los establecidos.

2.2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos será la observación y se recurrirá a la guía de observación como instrumento, ello permitirá obtener la información de primera fuente a partir de los registros de enfermería de pacientes críticos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

El instrumento a utilizar fue elaborado para fines exclusivos de la presente investigación, el mismo que estuvo conformado con proposiciones de acuerdo a las dimensiones e indicadores propuestos inicialmente, lo que medirá la variable: Auditoría al proceso de atención de enfermería en el paciente crítico.

2.2.8 Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizará la siguiente secuencia de actividades:

- Se solicitarán los permisos respectivos mediante la presentación de una solicitud al director del hospital, con copia a la unidad de ética y a la Jefa de Enfermeras del área de Unidad de Cuidados Intensivos generales, para contar con la autorización para la aplicación del instrumento del estudio de investigación.
- La recolección de datos a través de la guía de observación se realizará en los días de semana laborables al finalizar las 24 horas de atención al paciente crítico en 4 días no consecutivos, obteniendo 2 PAE por cada uno de los 19 pacientes en ese mismo día.
- Se procesarán los datos mediante el uso del paquete estadístico de Excel. Los datos obtenidos se presentarán en gráficos y/o tablas estadísticas para ser analizados e interpretados.

2.2.9 Validez y confiabilidad.

- **Validez:** El instrumento del este estudio de investigación cuenta con dos dimensiones (estructura y contenido) para evaluar los procesos de atención de enfermería en el paciente crítico, el mismo que fue sometido a juicio de 7 expertos en investigación y con conocimientos en el tema a investigar, quienes valoraron la pertinencia y relevancia del instrumento y emitieron sus recomendaciones que permitieron mejoras en el instrumento.

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es Negativa = error

1: Si la respuesta es Positiva = no error

$$p = \frac{0.11}{7} = \mathbf{0.015}$$

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo.

De acuerdo a los resultados obtenidos es significativo; el instrumento es válido según los jueces expertos: **p=0.015**.

- **Confiabilidad:** La confiabilidad de este instrumento fue evaluada mediante el método de cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20, para ello se realizó una prueba piloto una muestra pequeña de 15 objetos de estudio.

Se ha considerado:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: Número de ítems del instrumento 74

Si²: Sumatoria de Varianzas de los Ítems
18.52

St²: Varianza de la suma de los Ítems
82.69

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{74}{74 - 1} \left[1 - \frac{18.52}{82.69} \right] = 0.79$$

Interpretación del resultado: Índice de confiabilidad del constructo fue de **0.79**, clasificado como “**Alta**” según la Escala de Valoración del Coeficiente Alfa de Cronbach.

2.2.10 Consideraciones éticas

Se solicitará la aprobación por el comité de ética en investigación de la institución y el permiso de la dirección del hospital para utilizar los registros de los cuidados de enfermería en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos generales antes de ser archivados.

Tomando en cuenta lo señalado por la Declaración de Helsinki (1964) se mantendrá la confidencialidad en todo momento el nombre del paciente al cual pertenece el registro seleccionado.

3.2. Presupuesto

Tipo	Categoría	Recurso	Descripción	Monto
Recursos disponibles	Infraestructura	Equipo	Laptop	
Recursos necesarios	Gastos de trabajo de campo	Fotocopias	100 fotocopias de las encuestas 100 fotocopias del consentimiento informado	100.00
		Pasajes	Para traslados	150.00
	Materiales	Papel	Hojas para la impresión	40.00
		Material de escritorio	Lapiceros, lápiz, borrador	20.00
	Recursos	Insumos	Internet	150.00
			Luz	80
		Profesional	Estadístico	400.00
Total (S/)				1040.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandes Palmeira Alves W, Luiz Banaszkeski C. El uso de la auditoría como instrumento de mejora del cuidado de enfermería. Caderno [Internet]. 2021 [citado el 17 de julio de 2021]; (v.10 n.18). Disponible en: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/1637>
2. Ministerio de Salud del Perú. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2) [Internet]. 1st ed. Lima; 2021 [cited 27 June 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>
3. Idrogo Arica AG, Vásquez Barboza EDR. AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DEL CUIDADO. [Internet]. 8 de junio de 2020 [citado 13 de julio de 2021];9(1):20. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/18>
4. Bautista Rodríguez, L., 2015. Registros de enfermería. *Ciencia y Salud*, [en línea] (Vol. 12 N°2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7490903.pdf> [Consultado el 12 de julio de 2021]
5. Reina G., Nadia Carolina , EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
6. Joven Z, Guáqueta Parada S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Avances en Enfermería [Internet]. 2019 [cited 1 July 2021];37(1):65-74. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-65.pdf>
7. Gomez Paima Y. Valoración clínica y calidad de los registros de enfermería en cuidados intensivos [Internet]. Cybertesis.unmsm.edu.pe. 2014 [citado el 11 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13176>
8. Huanca Poma M. Cumplimiento de Registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y Normas Internacionales realizado por el profesional de Enfermería en pacientes con Ventilación No Invasiva

ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital del Norte, Julio 2018 a Julio 2019 [Licenciado]. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA UNIDAD DE POSTGRADO; 2020. [cited 3 July 2021]. Available from:
<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25050/TE-1706.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Almeida da Silva V, Santos Mota R, Silva Oliveira L, de Jesus N, Marques de Carvalho C, Gomes da Silva Magalhães L. AUDITORÍA DE CALIDAD DE EXPEDIENTES DE ENFERMERÍA EN REGISTROS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. ENFERMAGEM EM FOCO [Internet]. 2019 [cited 4 July 2021];(10-3):28-33. Available from:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2064>
10. Mamani Palomino E. CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2018 [Internet]. Repositorio Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. 2019 [citado el 27 de julio de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10430/UPmapaee.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. URIARTE FERNÁNDEZ R. “CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO” [Licenciado]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO FACULTAD DE ENFERMERÍA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA; 2016. [cited 1 July 2021]. Available from:
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14314/2E%20378.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Rojas Cano A. CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA No. 029-MINSA [Internet]. Repositorio Universidad Peruana de los Andes. 2019 [citado el 27 de julio de 2021]. Disponible en:
http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1558/T037_20428308_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Limachi Tambo J. HOJA DE REGISTRO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POR ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018. [Licenciado]. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA UNIDAD DE POSTGRADO; 2018. [cited 1 July 2021]. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/20955/TE-1390.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Ccusi Álvarez SG. Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 [Internet]. [TACNA]: UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN; 2018. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3428/99_2018_ccusi_alvarez_sg_facsc_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. ASALE R. auditoría | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [cited 29 June 2021]. Available from: <https://dle.rae.es/auditor%C3%ADa>
16. Enciclopedia de Economía AUDITORÍA [Internet]. Economia48.com. [citado el 17 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.economia48.com/spa/d/auditoria/auditoria.htm>
17. Instituto de Salud de Bucaramanga. [Internet]. Isabu.gov.co. 2019 [cited 7 July 2021]. Available from: <http://www.isabu.gov.co/isabu/wp-content/uploads/2019/08/M-1400-03-Manual-de-Auditoria-de-Calidad-en-Salud-del-ISABU-V.2-1.pdf>
18. Sandoval Morales H. [Internet]. Aliat.org.mx. 2012 [cited 7 July 2021]. Available from: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/economico_administrativo/Introduccion_a_la_auditoria.pdf
19. Gómez Narvárez I, Rodríguez Núñez D, Cárdenas Valderrama D. DESARROLLO DE LA AUDITORIA EN SALUD EN COLOMBIA EN LOS

- ULTIMOS 10 AÑOS [Internet]. 1st ed. Colombia; 2020 [cited 6 July 2021]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/20481>
20. ASALE R. cuidado | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [cited 10 June 2021]. Available from: <https://dle.rae.es/cuidado>
21. Alba Martín R. [Internet]. Cultura de cuidados. 2015 [citado el 23 de julio de 2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46617/1/Cultura-Cuidados_41_12.pdf
22. Colegio de Enfermeros de Perú. "NORMAS DE GESTION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO" [Internet]. 1st ed. Lima; 2008 [citado el 19 de julio de 2021]. Disponible en: https://cep.org.pe/download/NG_CDCE.pdf
23. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España; 2011.
24. Del Gallego Lastra J., Diz Gómez Mª Antonia López Romero R. METODOLOGÍA ENFERMERA Lenguajes estandarizados [Internet]. España: FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 2015. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
25. Cisneros F, Enfermera Especialista G. UNIVERSIDAD DEL CAUCA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA AREA DE FUNDAMENTOS PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE) [Internet]. Edu.co. [citado el 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
26. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enfermería universitaria [Internet]. 2016;13(2):71–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
27. El Proceso de Atención de Enfermería [Internet]. Hospital Neuquén. [citado el 18 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

28. Pérez Hernández M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica [Internet]. 2002 [citado el 18 de julio de 2022];10(2):62–6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
29. Real Academia Española, Asociación de academias de la lengua española. Registro [Internet]. DEL (Diccionario de Lengua Española). [citado el 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/registro>
30. Escuredo G. Registros Enfermeros. Reflexiones sobre su implementación [Internet]. Academia.edu. 2014 [citado el 23 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/10286741/Registros_Enfermeros_Reflexiones_sobre_su_implementaci%C3%B3n
31. Alegría Capel, Ruiz López, Hernández Pérez, Alemán Alemán, Barcia Planes, Bernal Valverde. Vista de REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UCI. [Internet]. Revistas.um.es. 2004 [citado el 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/676/708>
32. Potter P. Perry A. Fundamentos de enfermería. Novena Edición. Barcelona.España. Elsevier. 2017. p.339,340,341,346,351,352

Anexo 1

FORMATO DE AUDITORÍA AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

UCI - HNGAI - 2022

FECHA DE LA AUDITORÍA: / /

ESTRUCTURA		Conforme =2	No Conforme =1	No Aplica =0
PRECISIÓN	1.	Consigna Apellidos, nombres y DNI del paciente.		
	2.	Consigna Numero de cama y Procedencia		
	3.	Consigna Edad, Peso y Talla del paciente.		
	4.	Consigna Familiar responsable y teléfono		
	5.	Consigna religión.		
	6.	Registra diagnóstico médico actual.		
	7.	Registro de alergias medicamentosas.		
	8.	Registro de antecedentes de importancia.		
	9.	Registro del check (Cumplimiento "/", suspensión "/", no cumplimiento "0".		
	10.	Consigna datos subjetivos.		
CONTINUIDAD	1.	Consigna fecha actual.		
	2.	Consigna fecha y hora de ingreso a la UCI.		
	3.	Consigna días de permanencia y numero de hoja.		
LEGIBILIDAD	1.	Registro con letra y números legibles.		
	2.	Registro con lenguaje técnico y sin abreviaturas.		
CLARIDAD	1.	Registro sin borrones ni enmendaduras.		
	2.	Registro con uso de lapiceros de color oficial (rojo, azul, verde, negro)		
	3.	Registro con firma y sello de la enfermera por turno.		
SUBTOTAL				
CONTENIDO		Conforme =2	No conforme =1	No Aplica =0
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	GRÁFICA DE SIGNOS VITALES			
	1.	Registra Temperatura		
	2.	Registra frecuencia respiratoria.		
	3.	Registra presión arterial.		
	4.	Registra frecuencia cardiaca.		
	5.	Registro basal de la temperatura en 36 °C.		
	6.	Registro basal de frecuencia cardiaca en 60/min.		
	7.	Registro basal de frecuencia respiratoria 20/min.		
	8.	Registra trazado lineal (color rojo en 37°C).		
VALORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PACIENTE				

	1.	Registra evaluación de tamaño y simetría pupilar.			
	2.	Registra grado de sedación con escala de RASS.			
	3.	Registra estado de conciencia con escala de Glasgow.			
	VALORACIÓN RESPIRATORIA DEL PACIENTE				
	1.	Registra auscultación de Campos pulmonares.			
	2.	Registra frecuencia y características de la respiración.			
	3.	Registra apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo.			
	4.	Registra FiO2 aportado, saturación de O2, capnografía.			
	5.	Registra uso de tubo endotraqueal/traqueotomía, numero de tubo y nivel de fijación.			
	6.	Registra valores programados en ventilador mecánico y valores propios de paciente.			
	7.	Registra tipo de secreciones bronquiales, características y cantidad.			
	8.	Registra tiempo de permanencia de tubo endotraqueal o traqueotomía.			
	9.	Registra medición de balón de neumotaponamiento (cuff).			
	VALORACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE				
	1.	Registra monitorización hemodinámica del paciente.			
	2.	Registra tiempo de llenado capilar.			
	3.	Consigna infusión de drogas inotrópicas (cc/h)			
	4.	Consigna valores de hemoglobina.			
	5.	Registra componentes sanguíneos.			
	VALORACIÓN GASTROINTESTINAL – NUTRICIONAL				
	1.	Registra el tipo de dispositivo para alimentación (sondas nasogástricas, <u>orogástricas</u> , naso yeyunal).			
	2.	Registra características y cantidad de residuo gástrico/ <u>vómitos</u> .			
	3.	Registra características del abdomen.			
	4.	Registra presencia/características de ruidos hidroaéreos.			
	5.	Registra Frecuencia y las características de las deposiciones.			
	6.	Registra tipo de nutrición y cantidad horaria.			
	VALORACION RENAL Y METABÓLICA				
	1.	Registra valores de gases arteriales (Ph, CO2, O2, PaFiO2, HCO3)			
	2.	Registra valores de electrolitos (Na, Ca, K)			
	3.	Registra diuresis horaria.			
	4.	Registra balance hídrico anterior y acumulado.			
	5.	Registra características de orina.			
	6.	Registra Valor de la glucosa.			
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	1.	Consigna etiqueta diagnostica.			
	2.	Consigna el factor relacionado.			

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERIA	1.	Consigna Ubicación de brazalete de identificación del paciente			
	2.	Consigna puntaje Escala de Downton			
	3.	Consigna puntaje escala de Norton			
	4.	Registra Localización de LPP.			
	5.	Registra el puntaje de TISS.			
	6.	Registra Kárdex de enfermería con cinco correctos: nombre del paciente, dosis, vía de administración, medicamento y hora.			
	7.	Registro de exámenes de ayuda al diagnóstico e interconsultas.			
	8.	Registra fecha de colocación y ubicación de dispositivos invasivos y días de permanencia del dispositivo.			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	1.	Registra movilización, higiene y confort del paciente.			
	2.	Registra acontecimientos críticos del paciente.			
	3.	Registra retiro o colocación de un dispositivo invasivo.			
	4.	Registra la existencia de eventos adversos.			
	5.	Registra la medicación administrada.			
	6.	Registra administración de insulina (subcutánea o infusión endovenosa).			
EVALUACION DEL PACIENTE	1.	Registra la evaluación de las intervenciones ejecutadas.			
	2.	Final del registro del turno con firma de la enfermera			
	3.	Final del registro del turno con sello de la enfermera			
SUBTOTAL					
TOTAL					

PUNTAJE	CONFORME: 2 punto	NO CONFORME: 1 puntos	NO APLICA: 0 puntos
CALIFICACION	Entre 80% a 100% del total de ítems ACEPTABLE.		
	Entre 60% a 80% del total de ítems POR MEJORAR.		
	Menos del 60% del total de ítems DEFICIENTE.		

Anexo 2

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor de la variable		
AUDITORÍA AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO.	Es la evaluación formal de la calidad de la asistencia de enfermería, verificada a través de las anotaciones en el registro del paciente y de las propias condiciones de éste.	Es la aplicación de los resultados que se dan por el instrumento de evaluación en los registros del paciente como son la hoja de monitoreo y valoración de enfermería y las anotaciones de enfermería.	Estructura	Precisión	1.	Consigna Apellidos, nombres y DNI del paciente.	Conforme= 2 No conforme= 1 No aplica= 0	
					2.	Consigna Numero de cama y Procedencia.		
					3.	Consigna Edad, Peso y Talla del paciente.		
					4.	Consigna Familiar responsable y teléfono.		
					5.	Consigna religión.		
					6.	Registra diagnóstico médico actual.		
					7.	Registro de alergias medicamentosas.		
					8.	Registro de antecedentes de importancia.		
					9.	Registro del check (Cumplimiento “/”, suspensión “//”, no cumplimiento “0”).		
					10.	Consigna datos subjetivos.		
				Continuidad	1.	Consigna fecha actual.		
					2.	Consigna fecha y hora de ingreso a la UCI.		
					3.	Consigna días de permanencia y numero de hoja.		
					Legibilidad	4.		Registro con letra y números legibles.
						5.		Registro con lenguaje técnico y sin abreviaturas.
			Claridad	1.	Registro sin borrones ni enmendaduras.			
				2.	Registro con uso de lapiceros de color oficial (rojo, azul, verde, negro)			
				3.	Registro con firma y sello de la enfermera por turno.			
			Contenido	Valoración	GRÁFICA DE SIGNOS VITALES			
					1.	Registra Temperatura.		
					2.	Registra frecuencia respiratoria.		
					3.	Registra presión arterial.		
					4.	Registra frecuencia cardiaca.		
					5.	Registro basal de la temperatura en 36 °C.		
					6.	Registro basal de frecuencia cardiaca en 60/min.		
					7.	Registro basal de frecuencia respiratoria 20/min.		
					8.	Registra trazado lineal (color rojo en 37°c).		
VALORACION NEUROLOGICA DEL PACIENTE								
1.	Registra evaluación de tamaño y simetría pupilar.							
2.	Registra grado de sedación con escala de RASS.							
3.	Registra estado de conciencia con escala de Glasgow.							
VALORACION RESPIRATORIA DEL PACIENTE								

					1.	Registra auscultación de Campos pulmonares.	
					2.	Registra frecuencia y características de la respiración.	
					3.	Registra apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo.	
					4.	Registra FiO2 aportado, saturación de O2, capnografía.	
					5.	Registra uso de tubo endotraqueal/traqueotomía, numero de tubo y nivel de fijación.	
					6.	Registra valores programados en ventilador mecánico y valores propios de paciente.	
					7.	Registra tipo de secreciones bronquiales, características y cantidad.	
					8.	Registra tiempo de permanencia de tubo endotraqueal o traqueotomía.	
					9.	Registra medición de balón de neumotaponamiento (cuff).	
					VALORACION HEMODINÁMICA DEL PACIENTE		
					1.	Registra monitorización hemodinámica del paciente.	
					2.	Registra tiempo de llenado capilar.	
					3.	Consigna infusión de drogas inotrópicas (cc/h)	
					4.	Consigna valores de hemoglobina.	
					5.	Registra componentes sanguíneos.	
					VALORACION GASTROINTESTINAL – NUTRICIONAL		
					1.	Registra el tipo de dispositivo para alimentación (sondas nasogástricas, oro gástricas, naso yeyunal).	
					2.	Registra características y cantidad de residuo gástrico/vómitos.	
					3.	Registra características del abdomen.	
					4.	Registra presencia/características de ruidos hidroaéreos.	
					5.	Registra Frecuencia y las características de las deposiciones.	
					6.	Registra tipo de nutrición y cantidad horaria.	
					VALORACION RENAL Y METABÓLICA		
					1.	Registra valores de gases arteriales (PH, CO2, O2, PaFiO2, HCO3)	
					2.	Registra valores de electrolitos (Na, Ca, K)	
					3.	Registra diuresis horaria.	
					4.	Registra balance hídrico anterior y acumulado.	
					5.	Registra características de orina.	
					6.	Registra Valor de la glucosa.	
				Diagnósticos	1.	Consigna etiqueta diagnostica.	
					2.	Consigna el factor relacionado.	
				Planificación	1.	Consigna Ubicación de brazalete de identificación del paciente	
					2.	Consigna puntaje Escala de Downton	

					3.	Consigna puntaje escala de Norton	
					4.	Registra Localización de LPP.	
					5.	Registra el puntaje de TISS.	
					6.	Registra Kárdex de enfermería con cinco correctos: nombre del paciente, dosis, vía de administración, medicamento y hora.	
					7.	Registro de exámenes de ayuda al diagnóstico e interconsultas.	
					8.	Registra fecha de colocación y ubicación de dispositivos invasivos y días de permanencia del dispositivo.	
				Intervenciones	1.	Registra movilización, higiene y confort del paciente.	
					2.	Registra acontecimientos críticos del paciente.	
					3.	Registra retiro o colocación de un dispositivo invasivo.	
					4.	Registra la existencia de eventos adversos.	
					5.	Registra la medicación administrada.	
					6.	Registra administración de insulina (subcutánea o infusión endovenosa).	
				Evaluación	1.	Registra la evaluación de las intervenciones ejecutadas.	
					2.	Final del registro del turno con firma de la enfermera.	
					3.	Final del registro del turno con sello de la enfermera.	

Anexo 3

TÍTULO: AUDITORÍA AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD DE LIMA - PERÚ 2022

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO TEÓRICO		METODOLOGÍA			
					ENFOQUE: Cuantitativo	TIPO: Descriptivo, transversal	DISEÑO: No experimental	
¿Cómo es la auditoría al proceso de atención de enfermería en el paciente crítico – unidad de cuidados intensivos Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2022?	<p>GENERAL: Determinar la auditoría al proceso de atención de enfermería en el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2022.</p> <p>ESPECÍFICOS: 1. Identificar la auditoría del proceso de atención de enfermería a través los registros de enfermería en el paciente crítico, según dimensión estructura. 2. Identificar la auditoría del proceso de atención de enfermería a través los</p>	Auditoría al proceso de atención de enfermería en el paciente crítico.	<p>ANTECEDENTES INTERNACIONALES 2020. Bolivia, Huanca Poma Mariela. “Cumplimiento de Registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y Normas Internacionales realizado por el profesional de Enfermería en pacientes con Ventilación No Invasiva ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos”. Objetivo: Determinar el cumplimiento de registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y normas internacionales. metodología: enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y diseño retrospectivo y transversal. Resultados: el 71% de los registros analizados cumplen mínimamente la norma NANDA, entendiéndose que el cumplimiento mínimo fue entendido como un registro incompleto, concluyéndose que los registros no cumplen con las normas internacionales.</p> <p>2019. Brasil. “Auditoría de calidad de expedientes de enfermería en registros en un hospital universitario” Objetivo: analizar la calidad de los registros de enfermería. metodología: enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de diseño transversal. Resultados: la calidad de los registros de enfermería atiende de manera parcial a las recomendaciones dadas en su país.</p> <p>2018. Bolivia. “Hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva por enfermería de la Caja Bancaria Estatal de Salud, Ciudad de La Paz Gestión 2018” Objetivo: determinar el cumplimiento de la Hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva por Enfermería. metodología: enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal. Resultados: en relación al cumplimiento del registro de la hoja de la Unidad de Terapia Intensiva por</p>	<p>ESQUEMA DE LA BASE TEÓRICA: AUDITORIA 1. Definición 2. Objeto 3. Principios 4. Características 5. Auditoría en salud 6. Auditoría en enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> Definiciones Componentes Objetivos Etapas: Planeamiento, Ejecución, Elaboración del Informe final, implementación y seguimiento de recomendaciones <p>CUIDADO 1. Definiciones 2. Cuidado de enfermería 3. Atributos</p> <p>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 1. Definiciones 2. Características 3. Etapas</p>	<p>POBLACIÓN 152 procesos de atención de enfermería en el paciente crítico.</p> <p>MUESTRA la conformarán el total de los elementos de la población; elegidas a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando que esta UCI cuenta con una capacidad de 19 camas, elaborándose 2 PAE por paciente crítico en 24 horas, y que además se tomarán en 4 días no consecutivos para conveniencia del estudio.</p>	<p>TÉCNICAS: Observación</p>	<p>PLAN DE RECOLECCIÓN :</p> <ul style="list-style-type: none"> Validación de instrumento Permiso a la institución. Aplicación del instrumento 	<p>VALIDEZ Prueba binomial</p> <p>$p = 0.015$</p> <p>Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo.</p> <p>El instrumento es válido según los jueces expertos.</p>
<p>JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO Este estudio es importante para la:</p> <p>Profesión: fortalecimiento del quehacer enfermero en el área de auditoría. Sociedad: aporte para la implementación de estrategias que logren la calidad de atención del paciente.</p>		<p>DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estructura Contenido 			<p>INSTRUMENTO: Check list</p>	<p>ANÁLISIS ESTADÍSTICO Paquete estadístico de Excel.</p>	<p>CONFIABILIDAD</p> <p>$\alpha = 0.79$</p> <p>Índice de confiabilidad del constructo fue clasificado como “Alta” según la Escala de Valoración del Coeficiente Alfa de Cron Bach.</p>	

<p>Ciencia: cimentará futuras investigaciones en auditoria.</p>	<p>registros de enfermería en el paciente crítico, según dimensión contenido.</p>		<p>Enfermería ningún profesional de salud llega al 80%, lo que calificaría como óptimo.</p> <p>ANTECEDENTES NACIONALES</p> <p>2019. Arequipa. “Calidad de los registros de enfermería en el servicio pediatría del hospital regional Honorio Delgado, Arequipa 2018” Objetivo: establecer la calidad de cuatro registros de enfermería. Metodología: enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y retrospectivo, diseño no experimental. Resultados: los registros de enfermería alcanzan entre el 60 a 89% del puntaje máximo esperado, situándolo en condición de mejora, obteniéndose que, en cuanto a los indicadores de contenido, tienen faltas en la claridad.</p> <p>2016. Trujillo. “Calidad del registro de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del adulto del hospital regional docente de Trujillo” Objetivo: determinar la calidad del registro de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto. Metodología: enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y de diseño transversal. Resultados: las notas de enfermería son de mala calidad en general el 65.1% tuvieron una mala calidad en cuanto a su estructura y en cuanto a dimensión contenido el 100% se consideró de mala calidad.</p> <p>ANTECEDENTES LOCALES</p> <p>2019.Lima. “Calidad de registros de enfermería y su relación con la aplicación de la norma técnica No. 029-MINSA”. Objetivo: determinar la relación entre la calidad de estructura y el contenido de los registros de enfermería según la Norma Técnica No. 029-MINSA-DIGEPRES-V.02. Metodología: enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental, de diseño transversal, correlacional. Resultados: Existen deficiencias en la estructura y contenido de los Registros de Enfermería respecto a la aplicación de la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud.</p>	<p>REGISTRO DE ENFERMERIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definiciones 2. Características 3. Propósitos 4. Importancia 5. Tipos 6. Registros de enfermería en UCI 				
--	---	--	---	---	--	--	--	--