



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

“VALORACIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERIA SERVICIO EMERGENCIA  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE LIMA (2016)”

Tesis para optar el Título Profesional de Enfermera Especialista en Emergencias y Desastres

**AUTOR:**

TITO ALEJO JUANA YANE

**ASESOR:**

Mg. ATUNCAR TASAYCO URBANO

**JURADO:**

ESPINOZA CUEVA MARIA MAGDALENA

BECERRA MEDINA LUCY TANI

AQUINO AQUINO RONAL HAMILTON

**LIMA –PERU**

**2019**

## Índice

Resumen.....	6
Abstract .....	7
I. Introducción .....	8
1.1. Descripción y formulación del problema.....	9
Formulación del problema: .....	10
1.2. Antecedentes .....	11
Antecedentes internacionales.....	11
Antecedentes nacionales: .....	12
1.3. Objetivos .....	15
1.4. Justificación.....	16
II. Marco teórico .....	18
2.1. Anotaciones de enfermería: .....	18
2.1.1. <i>Objetivos de las Anotaciones de Enfermería:</i> .....	20
2.1.2. <i>Propósitos de las Anotaciones de Enfermería:</i> .....	21
2.1.3. <i>Tipos de anotaciones de enfermería:</i> .....	22
2.2. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	23
2.3. Diagnóstico .....	24
2.3.1. <i>Historia de la Nanda</i> .....	24
2.3.2 <i>Taxonomía II</i> .....	25

	3
2.3.3. Estructura de la taxonomía II.....	25
2.3.4. Tipos de diagnósticos.....	26
2.3.5. Ejemplo de un diagnóstico de enfermería diagnóstico médico:.....	27
2.4. Planificación .....	27
2.4.1 Clasificación de resultados NOC.....	27
2.4.2 Clasificación de intervenciones (NIC) N.I.C (Nursing Interventions Classification) C.I.E (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).....	29
2.5. Ejecución.....	30
2.6. Evaluación.....	31
III. Método .....	33
3.1. Tipo de investigación.....	33
3.2. Ámbito temporal y espacial .....	33
3.3. Variables .....	34
3.4. Población y muestra.....	36
3.5. Instrumentos.....	36
3.6. Procedimientos.....	37
3.7. Análisis de datos .....	37
IV. Resultados .....	38
V. Discusión de resultados.....	44
VI. Conclusiones .....	46

VII. Recomendaciones .....	47
VIII. Referencias .....	48
IX. Anexos .....	52

**Dedicatoria**

A mis hijos y a mis padres por el apoyo  
brindado en la realización del presente  
trabajo de investigación

## Resumen

Los Objetivos del estudio fueron: Identificar el Valor de las Anotaciones de Enfermería de los registros clínicos que se utilizaron en los pacientes del Servicio de Emergencia. Hospital Hipólito Unanue Lima en el mes de abril 2016.

Material y métodos: El estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo metodo descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por todas las Historias Clínicas al azar de un mes 2016.

Para la recolección de información, se pedirá la autorización al personal de la jefatura del hospital. La información obtenida se analizará a través de gráficos y tablas de frecuencia e incluirá el porcentaje de los anotaciones de enfermería, las que serán analizadas para determinar el cumplimiento de la aplicación de un registro de enfermería se llevará a cabo en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima.

Resultados: Del 100% (16) 31% son ausentes y (22) 42% son incompletas, y (14) completas, 27%.

Conclusiones: En cuanto a la valoración de las anotaciones de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue. En cuanto a la calidad de las anotaciones de enfermería relacionadas a Ausentes son porque no registran el plan de cuidados de SOAPIE no registra cuidados relacionados en el área emocional, no utiliza las etiquetas diagnósticas de NANDA 2014, en cuanto a la calidad Incompletas están dados porque no menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento, Las NE. Completas registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra evidencias e incidencias acciones realizadas, hora y el turno respectivo de registro, registro de especialidad y firma del enfermero.

Palabras claves: Valoración de Anotaciones de Enfermería, Servicio de Emergencia.

## **Abstract**

The objectives of the study were: To identify the assessment of Nursing annotations used in the care of patients in the Emergency service of Hipolito Unanue Lima Hospital during 2016.

Material and methods: The study is of application level, quantitative type, descriptive method of cross section. The population was made up of all the randomized Clinical Stories of a month 2016.

For the collection of information, the authorization of the personnel of the hospital's headquarters will be requested. The information obtained will be analyzed through graphs and tables of frequency and will include the percentage of nursing annotations, which will be analyzed to determine compliance with the application of a nursing record will be carried out in the emergency service of the Hospital Hipólito Unanue Lima.

Results: Of 100% (16) 31% are absent and (22) 42% are incomplete, and (14) complete, 27%.

Conclusions: Regarding the assessment of the nursing records of the Emergency Service of the Hospital Hipólito Unanue. Regarding the quality of the nursing annotations related to absentees, they do not register the SOAPIE care plan, they do not register related care in the emotional area, they do not use the diagnostic labels of NANDA 2014, in terms of quality. Incomplete are given because does not mention the reason why the treatment is not administered, the NE. Complete registers vital functions, places the patient's name and surname, records evidences and incidents actions performed, time and the respective shift of registration, use the blue or red tint as appropriate, the NE ends with the surname, School no. specialty record and signature of the nurse.

Keywords: Assessment of Nursing Annotations, Emergency Service.

## I. Introducción

“La nota registro de enfermería es considerada de gran importancia en el expediente clínico del paciente, la cual solo puede ser redactada por el personal de enfermería” (Potter, 1999); por lo cual la nota registr sería un instrumento muy importante por el uso y su contenido de información y queda como antecedente impreso de los eventos realizados o no de parte del paciente, siendo considerado en la actualidad como un documento médico legal.

En las notas registros de enfermería se puede verificar las acciones del médico y los tratamientos del paciente, es un canal muy importante de comunicación impresa para continuar los procedimientos terapéuticos de los pacientes con el objetivo de lograr su recuperación total.

Los centros de salud tienen como prioridad ofrecer a los pacientes ser atendidos por un servicio de calidad de excelencia. El proceso asistencial tiene una relación directa y estrecha con las ISO y los estándares de calidad.

La historia clínica constituye el elemento del registro de los aspectos relacionados con los usuarios del sistema de salud como es el caso del paciente y su proceso de salud enfermedad. Se considera a los registros como una herramienta importante para los servicios de calidad asistencial porque constituye una herramienta legal que se utiliza ante el pedido de las partes interesadas en el ámbito jurídico y legal, una fuente de datos para estudios y elaboración y/o revisión de Indicadores.

La historia clínica “es una comunicación escrita en que se plasman la planificación de los cuidados con su diagnóstico, la ejecución de las actividades y la evaluación de los cuidados”. (Anglade, 2002)

Alberto (2015) menciona:

“El Proceso de Enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial permitiendo prestar cuidados bajo un razonamiento crítico, lógico y sistemático; este a su vez se encuentra compuesto en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En ésta última fase, enfermería puede medir los resultados de sus intervenciones”. (p.4)

Cortes (2003) menciona la importancia de las anotaciones de enfermería y su relación con la calidad de la asistencia sanitaria, abos son considerados instrumentos en la gestión de calidad de la salud, En la anotación de enfermería como “instrumento de información del paciente pudiendo identificar todo el proceso asistencial y además promueve la comunicación entre el equipo y la continuidad de los cuidados”. (Cortes, G., 2003)

Por lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de investigación tendrá como beneficio el servir para la mejora de la calidad de los registros y su correcta elaboración en pro de los derechos de los pacientes de Enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Hipolito Unanue Lima.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y El Arte y la Ciencia del cuidado terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente”. (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1999).

Anglade (2006) menciona:

“El profesional de enfermería recibe durante su formación universitaria los componentes teóricos básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado administrado al cliente, así como demostrar el nivel de productividad en la prestación de servicios” (Anglade, 2006).

Guarnica (2008) manifiesta que “La enfermera en el ámbito de emergencia, se encamina al cuidado directo de los pacientes a cargo y conjuntamente la realización del correspondiente registro de notas de enfermería que evidencia la aplicación del proceso”, el cual garantizaría la continuidad del servicio; agrega además “el profesional realiza actividades de tipo administrativo que hacen parte de este mismo proceso” (Guarnica, 2008).

De los testimonios mencionados se evidenciarían una brecha entre la realidad y lo que debe ser el registro de una Nota de Enfermería de calidad, por ello se levantan algunas interrogantes:

¿Los años de servicio rutiniza a la enfermera en la consignación de sus notas?

¿La escasa experiencia limita la realización de las notas de enfermería de calidad?

De este conjunto de interrogantes se ha seleccionado una que se formula de la siguiente:

Formulación del problema:

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cómo interviene la valoración en las anotaciones de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima? En el mes de abril del 2016

El mundo actual, la globalización en el campo de la salud y la educación ponen nuevos desafíos para la enfermería moderna centrada principalmente en la calidad y calidez del cuidado. En la actualidad, las anotaciones de la historia clínica es de suma relevancia en el plano

administrativo y legal, ya que forma un conjunto de documentos que sustenta la relación existente entre el paciente y el personal sanitario del hospital; regulado por la Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud.

Es de suma importancia el registro adecuado de las anotaciones en la labor de las enfermeras y del personal de salud, lo que llevará a una buena atención a los pacientes. Por esta razón nos llevó a decidir por este tema para nuestro proyecto de investigación. Por lo que esta investigación es relevante, actual y de gran trascendencia para el desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería.

## **1.2. Antecedentes**

### Antecedentes internacionales

Lopez y Villa (2012) afirman en su trabajo de investigación titulado “Evaluación de la Calidad de las Notas de Enfermería en el Área de Hospitalización en una Clínica de Tercer Nivel de Atención”. Se concluyó que, las notas de enfermería no cumplen con la racionalidad científica que esta debe tener debido a que el 30% de enfermeros no registra el estado general del paciente, y esto refleja fallas en la continuidad de la atención, el 27% de enfermeros no registran la evolución del paciente durante el turno; el 83% de los enfermeros no registran los cuidados pre/trans y post operatorios brindados a los pacientes; el 50% de los enfermeros no evidencian en la nota de enfermería una valoración céfalo-caudal al paciente; Un 63% de enfermeros no registra en las notas las observaciones que el médico manifiesta. (Lopez y Villa, 2012)

Ibarra y García (2005) en su trabajo de investigación titulado “Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales Hospital Torre cárdenas. Almería – España en el 2005”. La

conclusión es que el desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes. La eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales. (Ibarra y García, 2005)

Lowery, M., Dobbs, J. y Monkhouse, A. (2012) en su artículo de investigación titulado “Embedding and electronic health record within a health visiting service”. Implementación de una historia clínica electrónica a través de los servicios de salud comunitarios proporcionan una oportunidad ideal para que los visitantes de salud tomen iniciativa en la mejora del sistema para reflejar su registro en papel clínico. Preocupaciones de los practicantes, los temores y ansiedades en relación con la confidencialidad y la responsabilidad profesional dio lugar a que el proyecto se desarrolle para incluir el empleo de tiempo completo clínico TI facilitadores. Estos fueron los visitantes experimentados de la salud y de TI de Campeones con un conocimiento sólido de gestión de la información con la misión específica de brindar apoyo clínico y supervisión a los visitantes de la salud en el expediente clínico electrónico de mantenimiento. Estos profesionales fueron fundamentales en el desarrollo del sistema y demostró ser la clave para el éxito del proyecto y asegurar que el registro electrónico se ha incrustado en la práctica de salud visitando a mejorar la calidad de la atención al paciente. (Lowery, Dobbs y Monkhouse, 2012)

Antecedentes nacionales:

Manco (2010) en su trabajo de investigación titulado “Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete 2010”. Del 100% 71%

(53) es completa, 12%(9) es incompleta. En cuanto a las anotaciones de enfermería dimensión contenido (100%) 75, el 88%(66) es completa, 12% (9) son incompletas. En relación a la dimensión estructura (100%) 75, el 79%(59) es completa, 21% (16) incompletas. Las características de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete, en un porcentaje considerable son completas porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. En cuanto a su dimensión contenido es completa, Los aspectos relacionados están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización. Lo relacionado a su dimensión estructura son completas porque registra de numero de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. Pero existe un porcentaje significativo donde podemos evidenciar datos importantes que no deben faltar dentro de las anotaciones de enfermería. (Manco, 2010)

Cotrado (2006) en su trabajo de investigación titulado “Relación entre el nivel de conocimiento del proceso de atención de enfermería y su aplicación en los centros de salud de la provincia de Tacna”. El nivel de conocimiento del proceso de atención de enfermería es regular en el 64.4% de las enfermeras de los centros de salud de la provincia de Tacna. El nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería es medio en el 89.8% de las enfermeras de los centros de salud de la provincia de Tacna. Se realizó la prueba Chi cuadrado siendo el resultado  $p > 0.05$ , estadísticamente este dato significa que no existe relación entre el nivel de conocimiento y de aplicación. (Cotrado, 2006)

Anglade (2006) en su trabajo de investigación titulado “Características de las Anotaciones de Enfermería y Factores Personales e Institucionales asociados a su elaboración en

el Hospital Nacional Dos de Mayo”. Las 12 anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo solo el 14,5% significativa, lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basan en términos generales sobre el paciente. Ante los resultados se presentan algunas recomendaciones orientadas a impulsar la práctica de la elaboración de las anotaciones de enfermería e incentivando el interés personal garantizando resultados óptimos a favor de la continuidad en el cuidado del paciente. (Anglade, 2006)

Palomino (2010) en su trabajo de investigación titulado “Calidad de las anotaciones de enfermería en el hospital Regional de Ayacucho-Peru”, llegó a la conclusión: la calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable (73.08%) son de deficiente calidad referido a que se encuentra incompleto, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, y un menor porcentaje significativo (26.92%) son de buena calidad que está dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en las notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a). Fue un estudio descriptivo de corte transversal (Palomino, 2010)

Córdova (2010), en su trabajo de investigación titulado “Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, Piura - Peru”, llegaron a la conclusión: reportan que el 74.2% de los profesionales de enfermería tienen una mala calidad en el registro de las notas de enfermería, seguido de un 19.3% con una regular calidad y sólo un 6.4% tienen buena calidad. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. (Córdoba, 2010)

Morales (2012), en su trabajo de investigación titulado “Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - Hospital Regional Moquegua - Perú”, llegó a la conclusión: las notas de enfermería presentan un porcentaje 20 significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). Fue un estudio descriptivo y explicativo. (Morales, 2012)

Mejía (2010), en su trabajo de investigación titulado “Calidad en la elaboración de anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Enero-Junio, Huaraz - Perú”, llegó a la conclusión: la calidad de las anotaciones de enfermería según los parámetros establecidos, es regular en el aspecto general con un 53.5%, mientras que en aspectos específicos de la información es deficiente en el 71.1%. Así mismo en la evaluación realizada según el sistema de registros orientados hacia los problemas (SOAPIE) se encontró, que el 94.2% de las anotaciones de enfermería son parcialmente completas y el 5.1% son incompletas, solo el 0.7% de las anotaciones de enfermería son completas. Fue un estudio, descriptivo, retrospectivo de corte transversa. (Mejía, 2010)

### **1.3. Objetivos**

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio fueron:

Objetivo general:

Identificar el Valor de las Anotaciones de Enfermería de los registros clínicos que se utilizaron en los pacientes del Servicio de Emergencia. Hospital Hipólito Unanue Lima en el mes de abril 2016.

Objetivos específicos:

- Evaluar la calidad de redacción de las anotaciones de enfermería según Dimensión Estructura. En el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima
- Evaluar la calidad de redacción de las anotaciones de enfermería según Dimensión Contenido en el servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima.

#### **1.4. Justificación**

La Historia Clínica es un registro de las actividades realizadas por el personal del centro de salud y en el que se le siguen los procedimientos y atenciones de los pacientes del centro hospitalario, por medio de la historia clínica se tiene mejor evidencia sobre lo que sucede con el paciente desde el primer momento de atención, entre los beneficios que se puede nombrar es que además de ser una prueba o evidencia del acto médico por el uso constante tienen como consecuencia el nivel de mejoría en la redacción de escritos de parte del personal del centro de salud.

El estudio planteado pretende proporcionar información acerca de la realidad y las condiciones en que se realizan las notas o registros de enfermería del Profesional de Enfermería que labora en el Hospital hipolito unanue servicio de emergencia, para que de esta manera se puedan respaldar ante un Proceso Legal que se pudiera suscitar prospectivamente.

Evans (2007) menciona que:

“El profesional de enfermería en el proceso de su formación adquiere competencias en las dimensiones técnicas y personal social para brindar atención integral al individuo, familia y comunidad incorporando herramientas técnicas, así como, valores personales que

evidencien su compromiso de ayuda en la identificación de necesidades y/o problemas, ejecución y evaluación de un plan de cuidados”. (p.107)

La Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669, publicado en el Diario El Peruano del año 2002, en su artículo 7 incisos a, señala: “Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”.

“Los registros son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua”. (Chávez, 2013).

La institución se beneficiará con la investigación porque los registros de las anotaciones irán mejorando en su redacción y el personal se irá familiarizando mejor con estas el uso de estos escritos. De esta manera se puedan respaldar ante un proceso médico legal y mejorar la calidad en las actividades del cuidado de enfermería encaminadas hacia el paciente.

Por consiguiente garantizar la calidad en el cuidado de enfermería dirigida al paciente, contribuyendo así a su recuperación progresiva y rehabilitación si fuera el caso.

## II. Marco teórico

### 2.1. Anotaciones de enfermería:

El registro de enfermería:

Iyer (1997) menciona el proceso de atención de enfermería es el

“método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo” que “busca la solución de problemas, el propósito es proporcionar un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad” (p.11).

Las fases del Proceso de enfermería se describen en cinco pasos:

“Valoración de las necesidades de atención, determinación de los diagnósticos, planificación de la atención del paciente, ejecución de la atención y evaluación de los resultados”. (Iyer, 1995). Los pasos anteriormente descritos son consecutivos y están relacionados en forma ambivalente y continua, esto se puede explicar en los estados de salud de los pacientes porque muchos de ellos crean sesgos en los resultados porque contienen datos que se alejan de una concentración de la muestra al momento de la redacción de un diagnóstico.

Las anotaciones de enfermería son un conjunto de documentos que va a ser utilizados como vehículo de datos en la comunicación entre el paciente y el personal de salud del hospital, tiene además un carácter administrativo y legal, permite mejorar la redacción y es útil en la planificación de actividades en beneficio de los pacientes del centro de salud.

Registro de Enfermería:

El registro de enfermería es un documento administrativo y legalmente reconocido por el área de salud en el servicio que se le brinda a los pacientes, la que forma parte una parte de la historia clínica de los usuarios. Gracias a esta importante herramienta se tendrá una tendencia en la evolución de la enfermedad y recuperación de los pacientes del centro de salud, así como las acciones a desarrollar en las políticas de pacientes que estén padeciendo una patología similar. Este registro es una copia fiel del proceso que ha seguido el paciente durante su permanencia en el centro hospitalario, en el que se valoran las anotaciones, el diagnóstico, inconvenientes y otros que sean relevantes en la semiología de salud.

El registro de enfermería deberá estar escrito en forma clara y precisa, indicando los procedimientos realizados en lenguaje técnico de salud, adjuntando láminas de rayos x, recetas y otros apuntes que ayuden a compilar la documentación y enriquecer el registro del paciente. En el diseño del registro la persona encargada de escribir y redactar, debe tener habilidades para que pueda impregnar en el registro un texto claro y que sea posible un estudio posterior por cualquier persona que quisiera seguir un estudio de casos y control, cohorte, etc. Por esta razón es muy importante que este personal reciba capacitación en el uso y redacción de las anotaciones y de los registros.

Las Anotaciones de Enfermería:

Las Anotaciones de Enfermería viene a ser los registros que utilizan los centros de salud y que forma parte del registro en enfermería, en esta se evidencia los hechos y los procedimientos realizados al paciente.

Las anotaciones de enfermería comprende varias etapas desde la preparación, evaluación e implementación en la labor realizada por el personal de enfermería, lo que llevará a una mejor evolución en el proceso de la recuperación del paciente.

Kozier (1994) define a las anotaciones como: “registro que realiza el personal de enfermería sobre la valoración del estado del paciente, descripciones de los cambios de su estado, tratamiento administrado, así como posibles reacciones y cuidados brindados.” (p.13).

El término registro y anotaciones tiene características similares porque ambos nos acerca a un diagnóstico de la enfermedad del paciente así como su evolución clínica, también se va a poder apreciar la calidad de atención recibida, se incluirá los inconvenientes encontrados, intervenciones de emergencias, citas, eventualidades de acuerdo su mejoría o recuperación del paciente.

### *2.1.1. Objetivos de las Anotaciones de Enfermería:*

Océano (2004) menciona acerca de los objetivos de las anotaciones de enfermería:

“es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con el usuario y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería” (p.45).

Es por medio de los objetivos de las anotaciones que el enfermero determinará si se conoce lo que se desea obtener. El objetivo de la anotación se enfoca de acuerdo a si el paciente ha demostrado alivio en sus síntomas, ha mejorado o ha recuperado la salud. Debe tener cierto grado de coherencia y ser relevante para el estudio de epidemiología para los profesionales de las ciencias médicas.

### *2.1.2. Propósitos de las Anotaciones de Enfermería:*

Las anotaciones de enfermería son elaboradas por lo siguiente:

**Planificación:** Hay que tener un planemiento previo, mejora el ordenamiento administrativo.

**Enseñanza:** resulta útil como material educativo para la sociedad.

**Investigación:** valiosa fuente de datos para la investigación.

**Toma de Decisiones:** Ayuda a la gestión y al control de calidad: decide y planifica de acuerdo a los requerimientos de los pacientes.

**Documento Legal:** Va a ser utilizados como evidencia en los juzgados civil, administrativo.

Manco (2010) menciona características de las anotaciones de enfermería:

En su estructura:

- Significancia, precisión, claridad y concisión

En su contenido:

- Evaluación Física, comportamiento interacción, Estado de Conciencia, Condiciones Fisiológicas, Educación, Información y Plan de intervención

Los enfermeros en la escritura de anotaciones deberán considera algunos ítems en su elaboración:

Los problemas que se encuentren en los procedimientos por parte del personal enfermero y en la evaluación del paciente, tanto los problemas en retrospectiva y los que continúa padeciendo al

día de hoy. El personal de enfermería debe tener por costumbre la lectura de las notas para tener un cabal entendimiento de la evolución clínica del paciente, en cuyo proceso se considera la evaluación en el uso de tecnologías y la calidad de las anotaciones del personal de enfermería.

### *2.1.3. Tipos de anotaciones de enfermería:*

- Anotaciones de Diagnóstico o de Entrada: estado general del paciente
- Anotaciones Evolutivos: Esta a su vez está dividido en notas de evolución, narrativas y focus.
- Anotaciones de Regreso o Alta: aquellas que registran condiciones generales del paciente en el momento del alta de salida.

La elaboración de las anotaciones de enfermería:

Fretel (2000) menciona:

“En la evolución del estado de salud del paciente y la participación de la familia. La aplicación del método científico en la práctica asistencial, es el método conocido como el proceso de atención de enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática; este a su vez se encuentra compuesto en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación”.

La norma práctica de enfermería orienta a la enfermera del Proceso de Enfermería, ya que la información proporcionada para los registros se proceden de diversas fuentes primarias paciente como secundaria familiares, personal de salud, etc.

El hecho de conocer estas normas proporciona al Departamento de Enfermería la autoridad para determinar su filosofía y políticas de registro, de acuerdo con las normas aplicables.

Iyer (1989), menciona normas que establece para la “correcta anotación de registros en la documentación son” (Dugas, 2001):

Deberán estar escritos de manera objetiva. Se debe ser claro y conciso, las anotaciones deberán tener buena ortografía y buena redacción y sintáxis. Las descripciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas concretas y demostrables.

Kozier (1994), menciona “el personal de enfermería al momento de realizarlos debe considerar criterios indispensables de la comunicación eficaz”, éstas son:

“La simplicidad, claridad, el momento y la pertenencia, la adaptación y la credibilidad”.  
(Pecho, 2001)

El registro y las anotaciones es una forma de sustento y evidencia de lo actuado en el centro hospitalario, donde se valora desde el inicio de la llegada del paciente, primeras indicaciones, tratamiento, pruebas de laboratorio, evaluaciones y tratamiento de la enfermedad. El registro es de suma importancia para el paciente porque determinará su evolución de la patología en el proceso de recuperación de la salud.

## **2.2. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon**

Para el proyecto a realizar se ha optado por el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon la cual define los patrones como los comportamientos que atribuyen a la persona, a la salud, a la calidad de vida; independiente de la edad, sexo, cultura.

Los 11 patrones de Marjory Gordon es una estructura del funcionamiento humano, obteniendo datos relevantes como son los físicos, psicológicos, 7 sociales y del su entorno. Cumpliendo con todos los requisitos necesarios para la realización eficaz de una valoración enfermera/o. (Álvarez y Castillo, 2010).

Los patrones de Marjory Gordon fueron, según Alvarez y Castillo (2010) fueron: “1: Manejo – percepción de la salud. 2: Nutricional – Metabólico. 3: Eliminación. 4: Actividad. 5: Reposo – Sueño. 6: Cognitivo – Perceptivo. 7: Autopercepción – Autoconcepto. 8: Rol – Relaciones. 9: Sexualidad – Reproducción. 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés. 11: Valores – Creencias”

### **2.3. Diagnóstico**

#### *2.3.1. Historia de la Nanda*

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, los criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. Para el año 2002, NANDA se convierte en NANDA International. En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin fueron las pioneras en realizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería a nivel oficial. Impulsaron la creación de un grupo de trabajo planeando así reunirse con los miembros de la organización cada dos años para explorar en lo que cada miembro aporte en St. Louis. Marjory Gordon ejerce como presidenta del grupo de trabajo de la Conferencia del Grupo Nacional de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería creando el Centro de Diagnósticos de Enfermería en Saint Louis University. (Bernocchi, 2000). En 1977 inició un grupo de trabajo teórico impulsado por la enfermera Callista Roy. El grupo de trabajo expuso sus conclusiones durante las conferencias de 1978 y 1980. Los resultados de este trabajo llegarían en el año 1982, cuando Callista Roy y otras brillantes teóricas de la enfermería moderna como: Dorothea Orem, Imogene King, Margaret Newman y Martha Rogers, presentaron un marco de organización para

los diagnósticos de enfermería llamado Patrones del Hombre Unitario, a la NANDA y al comité de Taxonomía. Durante el año 1982 incorporan a los miembros estadounidenses y canadienses del grupo de trabajo fundado en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

La primera presidenta electa fue Marjory Gordon. Reelegida en 1986 y manteniendo su cargo hasta 1988. “La NANDA-I es una red mundial de profesionales de enfermería cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implante la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras/os también conocidos como diagnósticos de enfermería”. (González, Prieto, Sánchez, 2014) En conclusión, la utilización de un lenguaje enfermero estándar reconocido internacionalmente ofrece numerosas ventajas en la gestión del cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.

### *2.3.2 Taxonomía II*

Tras la 20ª Conferencia NANDA-I, realizada en septiembre de 2014, en la Universidad Católica de Oporto, la Asociación Americana de enfermeras realizó unos ligeros cambios en la Taxonomía I, actualmente se incorpora la Taxonomía II la cual tiene un diseño multiaxial mejorando la flexibilidad de la nomenclatura para mejorar el cuidado del paciente. (NANDA, 2015). (Beare y Myers, 2000). Para el 2015-2017 se han añadido 25 diagnósticos nuevos, se han revisado 13 diagnósticos y retirado 7 hay un total de 253 diagnósticos activos. (NANDA, 2015)

### *2.3.3. Estructura de la taxonomía II*

Taxonomía II se divide:

- 13 Dominios: Estructura de conocimiento, estudio o interés.
- 47 Clases: Grupo, género que comparten algo en común.

- Diagnostico Enfermero: Compuesto de 5 dígitos para identificar cada diagnóstico de enfermería.

#### 2.3.4. Tipos de diagnósticos

Figura 1. Tipos de diagnóstico.

Adaptado de NANDA Internacional 2015

Diagnóstico real:

- Problemas de salud en ese momento. (Signos y síntomas)
- Factores etiológicos o relacionados.
- Características definatorias.

Diagnóstico riesgo:

- Problemas de salud a futuro
- Factores de riesgo

Promoción de la salud:

- Motivación del paciente, familia o comunidad para aumentar su estado de salud y valora su implicación en los cuidados de salud.

Síndrome:

- Conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico.

Engloba un grupo de diagnósticos. (Colegio de Enfermeros del Perú, 2002).

### 2.3.5. Ejemplo de un diagnóstico de enfermería diagnóstico médico:

Postlaparotomía por apendicitis aguda más peritonitis

Diagnóstico de enfermería: Real dominio

3: Eliminación e intercambio Clase

2: Función gastrointestinal Código: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional

Características Definitorias: Cambios en los ruidos intestinales hipoactivos, residuo gástrico de color bilioso Factores relacionados: cirugía, inmovilidad

Diagnóstico de enfermería: De riesgo

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: infección Código: 00004 Riesgo de infección Factores de riesgo: Ruptura de piel por procedimientos invasivos, peristaltismo alterado. (Colegio de Enfermeros del Perú, 2009).

## 2.4. Planificación

Proceso que contempla el desarrollo de estrategias, organización, de forma individualizada o grupal y que está orientada a los objetivos, y los procedimientos realizados por personal de enfermería, en el que se prioriza los inconvenientes de individuo, familia o comunidad. (Moorherad, 2009)

### 2.4.1 Clasificación de resultados NOC

Es posible tener dos resultados:

N.O.C (Nursing Outcomes Classification)

C.R.E (Clasificación de Resultados de Enfermería)

Para la identificación de los resultados los cuales corresponden a los cuidados de enfermería permiten que el profesional de enfermería mejore la calidad del cuidado de los pacientes atendidos en los centro médicos y amplíen la base de conocimientos científicos. Los resultados del NOC son estandarizados y permiten que el profesional de enfermería estudie los efectos de las intervenciones en el tiempo y en distintos entornos de cuidados. Moorherad y otros (2009) La medición de los resultados valida si el paciente responde a las intervenciones de enfermería:

Resultado:

“Un resultado de enfermería es un estado, conducta o percepción real del individuo, familia comunidad que pueden ser medibles utilizando una escala Likert”. (Moorherad, 2009)

Etiqueta: Denominación del resultado

Definición: Expresa de forma clara el título

Indicador: Sirve como indicación para medir un resultado:

- Determina el estado, conducta o percepción más concreta del salud de un individuo, familia o comunidad (NANDA, 2015)

Escala Likert:

El formato de puntuación Likert consta de 5 puntos que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad del estado de salud del paciente descrita por el resultado. Las escalas de puntuación están estandarizadas de una forma de puntuación de 5 (valor deseable) y 1 (valor comprometido). (NANDA, 2015)

Escala de medición Likert:

1 Gravemente comprometido

2 Sustancialmente comprometido

3 Moderadamente comprometido

4 Levemente comprometido

5 No comprometido

5 Figura

2. Escala Likert. Adaptado de NANDA Internacional 2015 25

Puntuación Diana:

La puntuación diana es un objetivo que se tiene por obtener hacia un resultado, para lograr se da una puntuación así nos vamos dando cuenta hasta donde puede llegar el paciente por medio de la intervenciones que ha tenido. En esta puntuación se evalúa por medio del resultado esperado, con las frases: mantener a... aumentar a...

#### 2.4.2 Clasificación de intervenciones (NIC) N.I.C (Nursing Interventions Classification)

##### C.I.E (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

“Las intervenciones de enfermería están basadas en el conocimiento y juicio clínico para favorecer el resultado que se espera en el estado de salud del paciente, incluye los cuidados dirigidos al individuo ya sea directo o indirecto, familia, comunidad”. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009) “Intervención directa: acciones de enfermería fisiológicas, psicosociales o de

apoyo a través de la interacción netamente con el paciente. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009) Intervención indirecta: acciones de enfermería dirigidas al entorno que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria”. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009) Sin embargo, en la actualidad tras la Conferencia de Oporto 2014, la Taxonomía NIC tiene 7 campos, 30 clases, 565 intervenciones y más de 13.000 actividades. (NANDA, 2015) 26

Estructura de las intervenciones (NIC):

- Campos
- Clases
- Intervenciones (NANDA, 2015)

Componentes de las intervenciones:

- Título/Etiqueta descriptiva: Denominación del resultado
- Definición: Expresa de forma clara el título seleccionado
- Actividades: acción que realiza la enfermera para las intervenciones en el cuidado del paciente. (NANDA, 2015)

## **2.5. Ejecución**

“La ejecución de enfermería es el comienzo del plan de cuidados para conseguir los objetivos deseados incluye al paciente, familia, así como al equipo de salud”. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009)

Preparación:

- Desarrollo de las actividades

- Requiere de conocimientos
- Habilidades, materiales
- Ambiente seguro

Intervención:

- Valoración
- Plan de cuidados
- Educación al paciente 27

Documentación:

- Registro legal de enfermería
- Datos de valoración
- Intervenciones de enfermería. (Larrea, 2015)

## **2.6. Evaluación**

Es parte del proceso de enfermería, que consiste en evaluar si se han conseguido los objetivos en el estado de salud del paciente.

Etapas de evaluación:

- Determinar la eficacia de los objetivos
- Hacer modificaciones en el plan de enfermería

- Paciente ha alcanzado el resultado esperado.

Importancia de las anotaciones de enfermería:

- Valor Legal: denotan evoluciones y reacciones del paciente frente a la atención recibida, por el que se convierte en sustento administrativo y judicial
- Valor Científico: describen acciones, reacciones y resultados de la atención recibida de parte de los tranajadores sanitarios.

Definición operacional de términos:

Características de las Anotaciones de Enfermería, es toda aquella información escrita en la hoja de registro en el cual se consigna datos, con claridad y exactitud. En cuanto a su estructura y su contenido. La cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y medido en formas: Ausente, Completas e Incompletas

### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La presente investigación es de nivel., cuantitativo porque se puede medir los indicadores tanto de contenido y estructura así mismo la investigación Descriptivo de corte transversal .Es cuantitativo porque mide fenómenos o hechos susceptibles a ser medidos, es descriptivo porque está dirigido a determinar la valoración de las notas de enfermería porque permitió presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado se trata de un estudio inédito, por el tiempo de recojo de datos es de tipo retrospectivo longitudinal porque detallara la calidad de los registros de enfermería en cada uno de los indicadores cuanto que las notas consignados por las enfermeras serán analizadas varias veces por cuanto que a cada enfermera se le evaluara 2 notas de enfermería como mínimo por cada turno 2 diurno y 2 nocturno en su totalidad durante el mes de Abril porque se estudiaran las notas de enfermería realizadas en el año 2016. (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2003, p.5)

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

El estudio se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima, ubicado en el distrito de el agustino y departamento de Lima cuenta con todos los servicios , se trabaja por 2 turnos las notas de enfermería son físicas la enfermera realiza sus notas a veces parado, sentado o simultaneo demora en escribir 10 o 20 minutos cada nota o depende del tratamiento y Dx. que tenga el paciente. El ámbito de estudio es el Servicio de Emergencia que está ubicado en el primer piso del Hospital, el cual cuenta con infraestructura y equipos adecuados para cubrir a los pacientes que asisten a este centro hospitalario.

### 3.3. Variables

Definición conceptual de la variable.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Valoración de las anotaciones de enfermería en el servicio de Emergencia – Hospital Hipólito Unanue Lima.</p> <p><b>Definición conceptual:</b></p> <p>Conjunto de características e indicadores de estructura y contenido presentes en la nota de Enfermería del servicio de emergencia.</p>	A. ESTRUCTURA	PRECISION
		FECHADO
		CONTINUIDAD
		LEGIBILIDAD
		COMPENSIBILIDAD
		SIGNIFICANCIA

		SIN ENMENDADURAS
		IDENTIFICACION O SELLADO
	B. CONTENIDO	DATOS SUBJETIVOS
		DATOS OBJETIVOS
		ANÁLISIS
		PLANIFICACION  INTERVENCIONES  EVALUACIÓN

### **3.4. Población y muestra**

La población está conformada por las anotaciones de enfermería registradas en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La población número total de enfermeras 60 enfermeras consignadas en el año 2016 y las muestras serán durante un mes elegido al azar. nro. Total de anotaciones de enfermería, pero producidas durante un mes elegido por al azar y por conveniencia de acuerdo a 12 meses sorteados solo un mes las Historias Clínicas son accesibles de acuerdo a coordinación exclusivamente las anotaciones de enfermería realizadas a los pacientes atendidos durante los 2 turnos en la unidad de Emergencia del hospital nacional Hipólito Unanue Lima del año 2016.

**Aspectos de inclusión.-** Enfermeras nombradas, contratadas y enfermeras por terceros.

**Aspectos de exclusión.-** Enfermeras de vacaciones, licencias.

Las limitaciones del presente estudio va a tener un resultado que no va a poder ser generalizado a otros estudios, ni a otros servicios de hospitales, sólo serían válidas para el Servicio de Emergencia.

### **3.5. Instrumentos**

La técnica de investigación es el Análisis Documental de las anotaciones de enfermería que están registradas en la historia clínica y el instrumento de recolección de datos será la Escala de Calificación constituidos por 20 ítems, los cuales fueron sometidos a juicio de expertos, el instrumento contienen los indicadores de calificación de la dimensión Estructura: Precisión del ítems 1 – 6, Fechado 7 y 8, Continuidad del 9 al 11, Legibilidad del 12 al 14, Comprensibilidad el 15 y 16, Significancia 17 y 18, No Presenta Enmendaduras el 19 e Identificación del

profesional el ítems 20 y los indicadores de calificación de la dimensión Contenido lo conforman 26 ítems: datos subjetivos del 21 al 23 datos objetivos 24 al 28, análisis 29 al 31, planificación del 32 al 35, intervención del 36 al 43 y evaluación del 44 al 46.

### **3.6. Procedimientos**

En la etapa de procedimientos; primero antes de la recolección de datos, se finaliza con la elaboración del instrumento y se alista para realizar los trámites para tener la autorización de ingreso a la institución por ellos se prepara una solicitud dirigido a la Dirección del Hospital Nacional Hipólito Unanue , luego del permiso y de la autorización a la entrada a la institución, se realiza la ejecución del instrumentos, y posteriormente se coordina con el estadístico de la institución, el cual nos acompañará en el proceso de validación de las prueba.

### **3.7. Análisis de datos**

La técnica de investigación es el análisis documental dirigido a las anotaciones que están consideradas y el instrumento de recolección de datos será la escala de calificación el instrumento consta la validez y confiabilidad del instrumento se realizo mediante el juicio de 15 jueces expertos en emergencia y desastres.

Los datos fueron procesados manualmente considerando los valores de las respuestas como ausente, incompleto, completo (O,1,2.) para mayot detalle ver anexo B.

#### IV. Resultados

Los resultados del presente trabajo de investigación, luego del análisis y procesamiento de los datos, son los siguientes:

Considerando la calidad total de las anotaciones de enfermería en el Hospital Hipólito unanue Lima tenemos que del 100% (16) 31% son ausentes y (22) 42% son incompletas, y (14) completas, 27% . (Gráfico N° 1)(Anexo k). En cuanto a la calidad de las anotaciones de enfermería relacionadas a ausentes son porque no registran el plan de cuidados de SOAPIE no registra cuidados relacionados en el área emocional ,no utiliza las etiquetas diagnosticas de NANDA 2014, en cuanto a la calidad incompletas están dados porque no menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento, Las NE. Completas registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra evidencias e incidencias acciones realizadas, hora y el turno respectivo de registro, utilizan el tinte azul o rojo según corresponda el turno las NE culmina con el nombre apellido, nro. de colegio, registro de especialidad y firma del enfermero.

Tabla 1

*Calidad total de las anotaciones de enfermería del hospital hipolito unanue abril 2016.*

N=52

<b>Calidad total</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
CNE . DEF	<b>16</b>	<b>31</b>
CNE .REG	<b>22</b>	<b>42</b>
CNE EXC	<b>14</b>	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Propia del autor

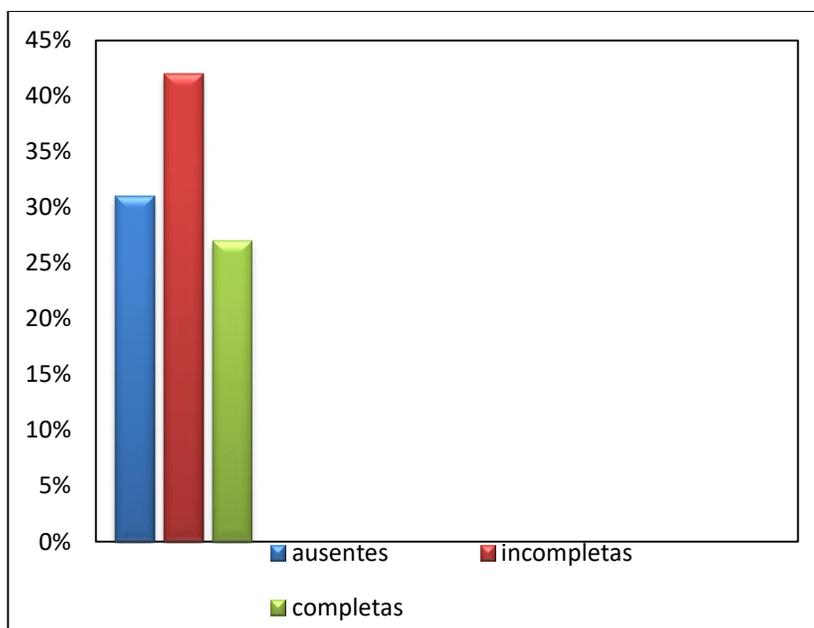


Figura 1 Calidad total de las anotaciones de enfermería

Fuente: Servicio de Emergencia del Hospital - Hipolito Unanue Lima – Perú 2016

Tabla 2

*Calidad de dimencion estructural de notas de enfermeria de hospital hipolito unanue lima abril 2014.*

<b>Calidad de estructura</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
CNE . DEF	<b>13</b>	<b>25</b>
CNE .REG	<b>28</b>	<b>54</b>
CNE EXC	<b>11</b>	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Propia del autor

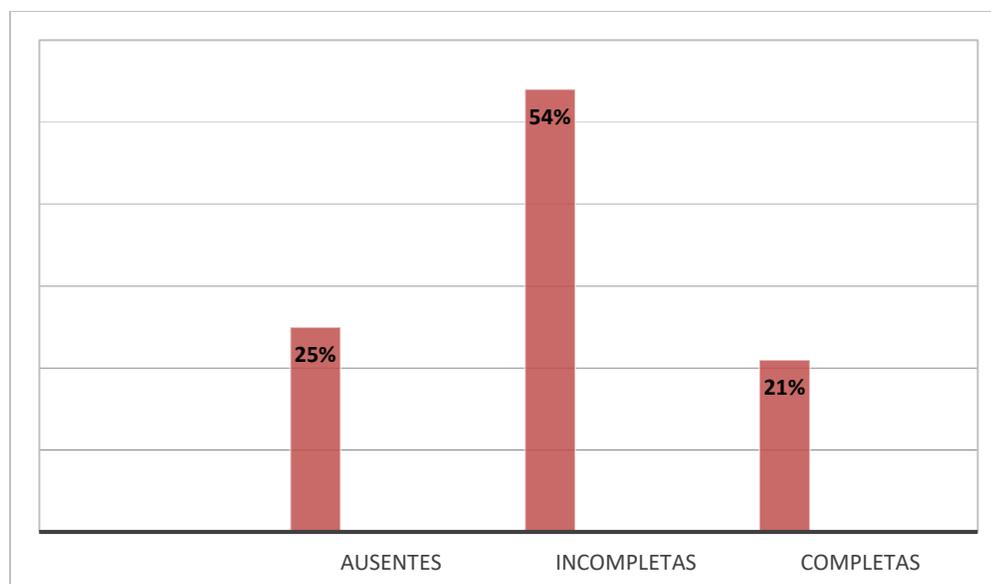


Figura 2: Calidad de las anotaciones de enfermería según la dimensión estructural de notas de enfermería

Fuente: Servicio de Emergencia del Hospital Hipolito Unanue Lima Perú 2016

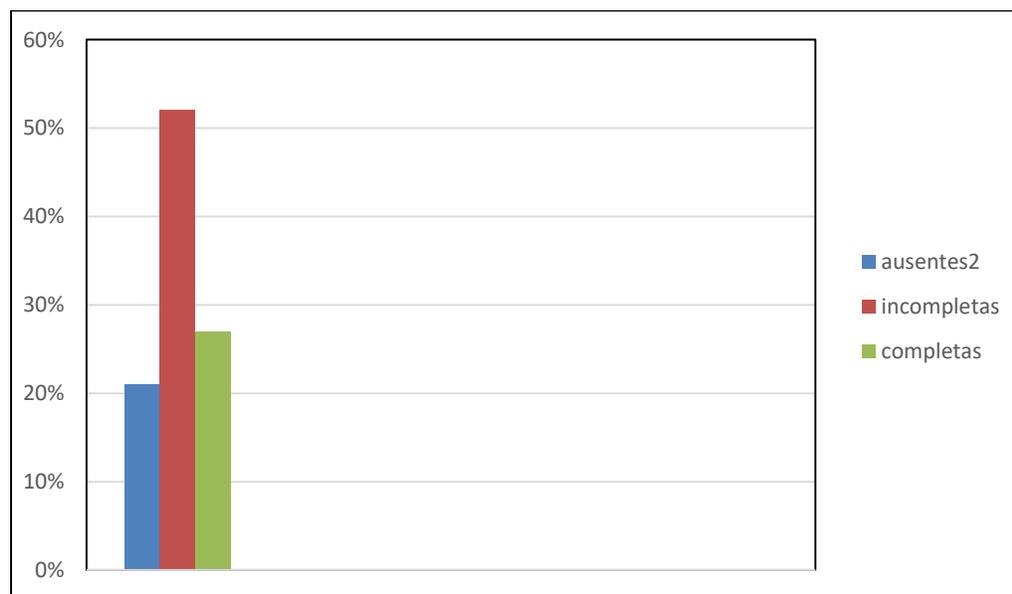
Acercas de las características según la dimensión estructural, del 100% (52), 25% (13) es ausente y de incompleta 54%(28) y completa y 21% (11), completa. (Gráfico N° 2) (Anexo M). Los aspectos de las características ausentes están referidos a que no usan el modelo SOAPIE, no registran hechos trascendentales del estado del paciente. Las notas incompletas de enfermería están redactadas con caligrafía e ortografía incomprensible, con lenguaje incoherente, con presencia de enmendaduras y espacios en blanco., y las NE Completas están referidos a que registra número de historia clínica, cama, fecha y hora y el turno respectivo el registro es a horaria, usan el tinte azul y rojo según corresponda el turno culminan con el nombre, apellido, nro. de colegio registro de especialidad y firma de la enfermera (Anexo M).

Tabla 3

*Calidad de dimension contenido de notas de enfermeria del hospital hipolito unanue abril 2016.*

<b>Calidad de contenido</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
CNE . DEF	<b>11</b>	<b>21</b>
CNE .REG	<b>27</b>	<b>52</b>
CNE EXC	<b>14</b>	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Propia del autor



**Figura 3** Calidad de las anotaciones de enfermería según la dimensión de contenido

**Fuente:** Servicio de Emergencia del hospital Hipolito Unanue Lima Perú 2016

Por lo que se puede deducir que en la calidad de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido en ausente 21% (11), incompletas 52%(27), y completa 27% (14) , Los aspectos relacionados a ausentes están dados a que no se evidencian la evaluación del comportamiento humano, psicológico espiritual social y físico, no usa las etiquetas dx de NANDA 2014 no contiene datos subjetivos del paciente, no formula adecuadamente los Dx real, riesgo y bienestar).y las incompletos se verifica porque no efectúa la valoración mediante el examen físico, ni menciona procedimientos utilizados, no usan las mismas palabras del paciente, no evidencian orden según prioridad ,no se evidencian IE .realizadas oportunamente según el estado clínico del paciente, tampoco se evidencian la eficacia de resultados esperados. Lo que impide brindar una atención más eficiente al paciente de parte del equipo médico y de la enfermera, y de esta manera se obstaculiza el proceso de recuperación del paciente en los servicios de salud.

Y las Completas están dados por que Registra signos y síntomas del paciente si se presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, antecedentes alérgicos patológicos y quirúrgicos, se registra las funciones vitales, se percibe las intervenciones de enfermería en las notas de enfermería.

Por lo que podemos concluir que un porcentaje regular 42% (22) de las anotaciones de Enfermería del hospital Hipólito unanue Lima son incompletas porque no usan los Dx NANDA no registra datos subjetivos, y objetivos del paciente no evidencian orden de prioridad, no manejan Dx de Enf, no manejan SOAPIE. En menor porcentaje significativo 31%(16) son ausentes porque no registra número de cama, fecha y hora, no coloca firma y sello no manejan los Dx NANDA . Lo cual no permite lograr el objetivo principal que es de proporcionar información fidedigna y objetiva al equipo de salud orientado a valorar el estado de salud y

evolución del paciente, así como evaluar la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente y un mínimo porcentaje en completas porque registra nro. De HC, cama, menciona las notas de enfermería de acuerdo a su tratamiento e indicación médica del médico usa símbolos o abreviaturas de uso común registra con tinta azul y rojo según corresponde el turno, control de funciones vitales menciona cuidados de enfermería termina con su firma y sello nro. de colegio.

## V. Discusión de resultados

Considerando la calidad total de las anotaciones de enfermería en el Hospital Hipólito unanue Lima tenemos que del 100% (16) 31% son ausentes y (22) 42% son incompletas, y (14) completas, 27% . Al respecto Cynthia Anglade Vizcarra, el 2002 estudió “Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo concluye que las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo solo el 14,5% significativa, “lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basan en términos generales sobre el paciente”. (Fernández, 1996)

Acerca de las características según la dimensión estructura, del 100% (52), 25% (13) es ausente y de incompleta 54%(28) y completa y 21% (11), completa. Al respecto Verónica Fretel Porras el 2002, realizó un estudio sobre “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de neurología del HNGAI”; Concluyendo que “las Anotaciones de enfermería durante los años 2000 - 2002 son en un 50 % medianamente significativa evidenciando que el cuidado brindado no ha sido integral”.

Se puede deducir que en la calidad de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido en ausente 21% (11) ,incompletas 52%(27), y completa 27% (14). Condezo (2008) en su trabajo de investigación titulado “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”, encontró resultados similares, obtuvo como conclusión que el personal sanitario ha tomado conciencia de la importancia del registro de las anotaciones de enfermería como forma de comunicación entre el equipo de salud y con esto mejorar los niveles de atención en los servicios brindados al paciente.

Por lo que podemos concluir que un porcentaje regular 42% (22) de las anotaciones de Enfermería del hospital Hipólito unanue Lima son incompletas porque no usan los Dx NANDA no registra datos subjetivos, y objetivos del paciente no evidencian orden de prioridad, no manejan Dx de Enf, no manejan SOAPIE. En menor porcentaje significativo 31%(16) son ausentes porque no registra número de cama, fecha y hora, no coloca firma y sello no manejan los Dx NANDA.

## VI. Conclusiones

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

- Las anotaciones de Enfermería en el Hospital Hipólito Unanue en un porcentaje intermedio evidencia una atención incompleta o regular, porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, no registra los Dx NANDA no registra datos subjetivos, y objetivos del paciente no evidencian orden de prioridad, no manejan Dx de Enf, no manejan SOAPIE, no identifica problemas emocional, no brinda información sobre procedimientos realizados
- Las anotaciones de Enfermería completas registran funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra evidencias e incidencias acciones realizadas, hora y el turno respectivo de registro, utilizan el tinte azul o rojo según corresponda el turno las NE culmina con el nombre apellido, nro. de colegio, registro de especialidad y firma del enfermero.
- En cuanto a Los aspectos relacionados a las anotaciones ausentes están dados a que no se evidencian la evaluación del comportamiento humano, psicológico espiritual social y físico, no usa las etiquetas Dx de NANDA 2014 no contiene datos subjetivos del paciente, no formula adecuadamente los Dx real ,riesgo y bienestar).no se evidencian resultados esperados.

## VII. Recomendaciones

Las Recomendaciones finales del trabajo de investigación son:

- Que las autoridades encargadas del Departamento de Enfermería elaboren un plan de capacitación dirigido a mejorar la redacción en las anotaciones de los registros de historias clínicas de los pacientes que asisten a este centro hospitalario, cuyas anotaciones se convierte en una herramienta que ayude a mejorar la calidad de atención del usuario y que se debe valorar y socializar entre el personal profesional de enfermería.
- Que las autoridades encargadas del servicio de Emergencia y el Departamento de Enfermería promuevan la creación de Comités de Calidad de los Registros de Enfermería a fin de mejorar la calidad de las anotaciones mencionadas.
- Realizar investigaciones similares en otras instituciones, y asimismo permitirá elaborar, implementar y diseñar metodologías a fin de que mejore los resultados y se obtenga una mejor elaboración en las anotaciones de Enfermería.

## VIII. Referencias

- Alberto, V. (2015). *Calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I del Servicio de Emergencia en el Hospital Victor Ramos Guardia durante el primer semestre del año 2015*. (tesis de pregrado). Lima, Perú: Universidad Autónoma de Ica. Recuperado de:
- <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/27/1/VERONICA%20SHIRLEY%20ALBERTO%20VERAMENDI%20-%20CALIDAD%20REGISTROS%20DE%20ENFERMERIA%20DEL%20PACIENTE.pdf>
- Anglade, C. (2006). *Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo* (tesis de pregrado). Lima, Hospital Nacional Dos de Mayo. Recuperado de
- [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/990/Anglade\\_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/990/Anglade_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Beare, P. y Myers, J. (2005). *El Tratado de Enfermería Mosby*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Editorial Mosby Doyna libros.
- Bernocchi, D. (2000). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México, Editorial Mc Graw Hill.
- Castro, J. (1992). Consecuencias jurídico-penales y patrimoniales de la mal praxis en el ejercicio profesional de la enfermería. *Medicina legal*, 10 (1) 27-31. Costa rica. Recuperado de
- <http://www.binasss.sa.cr/revistas/mlcr/v9n2v10n11993/art7.pdf>

- Chaparro, L. y García, D. (2003). *Registro del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado* (tesis de pregrado). Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Chávez, D. (2013). *Utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez*. Quito.
- Colegio de Enfermeros del Perú (2002). *Ley de Trabajo del Enfermero N°27669*. Lima, Perú.  
CEP. Recuperado de [http://www.conaren.org.pe/documentos/ley\\_trabajo\\_enfermero\\_27669.pdf](http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf)
- Colegio de Enfermeros del Perú (2009). *Código de Ética y Deontología*. D.L.22315. Lima, Perú:  
CEP. Recuperado de <http://ceptumbes.org.pe/documento/1.pdf>
- Cortés, G. y Castillo, F. (2002). *Guía para la elaboración del proceso y registro de enfermería*. Lima, Perú: Editorial Navarrete.
- Dugas, B. (2001). *Tratado de enfermería práctica*. México: Interamericana.
- Evans, R. y Lindsay, M. (2007). *Administración y control de la calidad*. p. 107.
- Fernández, O. (1996). Implicaciones administrativas, disciplinarias y penales. En: O. Fernández. (Ed.), *Administración Hospitalaria*. México: Editorial Médica panamericana.
- Fretel, V. (2000). *Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*.  
Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1314/Fretel\\_pv.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1314/Fretel_pv.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- García, S. (2007). Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación*, 28, Mayo-Junio. Recuperado de:  
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335/326>
- Garnica, J. (2008). *Notas de Enfermería* (tesis de pregrado). Facultad de Guanajato. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Recuperado de: <http://notasdeenfermeria-albert.blogspot.com/2008/10/notas-de-enfermeria.html>
- Hernández, A. (2000). Derechos y deberes del paciente. Papel de enfermería. sin lugar.
- Ibarra, A. y García, M. (2003). Registros de enfermería. Sección 1. Capítulo 21. Almería.
- Iyer, O. (1990). *Proceso de Enfermería. Interamericana*. México, McGraw-Hill
- Iyer, P. (1997). *Proceso y Diagnostico de Enfermeria*. México, McGraw-Hill Interamarticana.
- Kozier, B. (1995). *Tratado de Enfermería*. México, Nueva Americana.
- Lowery, M., Dobbs, J. y Monkhouse, A. (2012). Embedding an electronic health record within a health visiting service. *Community Pract*, 85 (9), 20-23. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23029773>
- Manco, A. (2010). *Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Rezola – Cañete, 2010* (tesis de pregrado). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/Trabajos%20de%20investigaci%C3%B3n/manco\\_ma\(Trabajo%20de%20investigaci%C3%B3n\)/CARACTER%20DSTICAS%20DE%20LAS%20ANOTACIONES%20DE%20ENFERMER%20DA%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20MEDICINA%20DEL%20HOSPITAL%20REZO.doc](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/Trabajos%20de%20investigaci%C3%B3n/manco_ma(Trabajo%20de%20investigaci%C3%B3n)/CARACTER%20DSTICAS%20DE%20LAS%20ANOTACIONES%20DE%20ENFERMER%20DA%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20MEDICINA%20DEL%20HOSPITAL%20REZO.doc)

- Océano (2004). *Nuevo manual de la Enfermería. Medicina- enfermería*. México: Océano Centrium.
- Pecho, M. (2001) *Proyecto de Auditoría en Enfermería. Hospital III José Cayetano Heredia. Es Salud – Piura* (tesis de grado). Piura: Universidad de Piura.
- Potter, P. (1999). *Enfermería clínica*. Madrid, España: s.n.
- Renau, J. y I. Pérez-Salinas. (2001) Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos*, 10 (1) 32-40. Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón. Recuperado de <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>
- Sánchez, S., Franco, M. y Ibarra, A. (2002). *Calidad de las anotaciones de enfermería del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional José Cayetano Heredia* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Piura. (p.15-18).
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1999). *Gestión de la Calidad. Módulo II*. Lima, Perú: Editorial del Minsa.
- Yepes, S. (1996). *Responsabilidad Civil Médica*. Medellín, Biblioteca Jurídica Diké.

## **IX. Anexos**

### **INDICE DE ANEXOS**

Matriz de codificación de datos según dimensión

Hoja de validez del instrumento de 15 jueces expertos

Calidad total de las anotaciones de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Hipólito unanue Lima

Calidad de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido. Del hospital Hipólito unanue Lima

Calidad de las anotaciones de enfermería en su dimensión estructura. Del hospital Hipólito unanue Lima 2016



### RELACION DE LICENCIADOS PARA JUECES EXPERTOS

1. CYNTHIA ANGLADE VIZCARRA: Master en Investigación, Enfermera Intensivista.  
Centro de Trabajo: UCI en Clínica Vesalio.
2. SARITA BAZAN CASTILLO: Maestría en Docencia UNPV, Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
3. MARGARITA GALLARDO: Enfermera Intensivista.  
Centro de Trabajo: Jefa del servicio UCI de la Clínica Vesalio.
4. RUTH COOLLANA MEDRANO: Especialista en UCI.  
Centro de Trabajo: Hospital de Huaycán.
5. CARMEN HUAMANCIZA RAMIREZ: Especialista en UCI.  
Centro de Trabajo: Hospital de Huaycán.
6. ELSA INCIZO QUINCHO: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Hospital de Huaycán.
7. ARMANDO GODOY QUISPE: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Servicio de Emergencia en HHU.
8. MARIBEL CONTRERAS ZAMORA: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Servicio de UCE de Emergencia en HHU.
9. JORGE MEZA QUISPE: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Hospital Nacional Hipólito Unanue.
10. ERICKA LEVANO PARRA: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.
11. NORMA VERAMENDI CASTRO: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.
12. ANA CAVERO VARGAS: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.
13. MARTINA OBANDO: Master en Docencia, Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Jefa del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
14. SHELYN DELGADO VALLADARES: Maestría en Salud Pública, Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Coordinadora del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
15. MILAGROS GUIBOVICH: Especialista en Emergencia y Desastres.  
Centro de Trabajo: Coordinadora del Servicio de Emergencia de Clínica Centenario Peruano Japonés.

Tabla 1

*Calidad total de las anotaciones de enfermería del hospital hipolito unanue abril 2016.*

N=52

<b>Calidad total</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
CNE . DEF	<b>16</b>	<b>31</b>
CNE .REG	<b>22</b>	<b>42</b>
CNE EXC	<b>14</b>	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

### 1.-PROMEDIO

$$\sum \frac{+}{n} = X$$

-2918

-----= 56

52

### 2.- VARIANZA

$$\sigma^2 = \frac{\sum + s^2}{n}$$

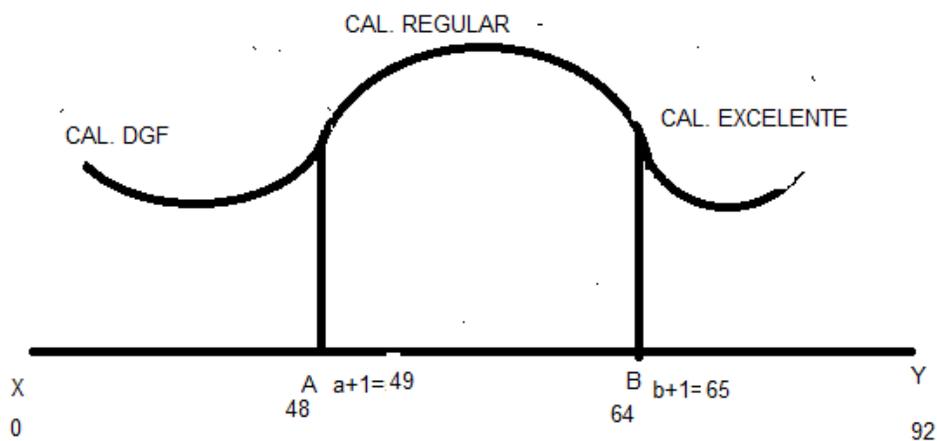
15542

----- = 29.8 = 30

52

**3.-DESVIACIÓN ESTANDAR**

$$SX = \sqrt{\text{VARIANZA}} \quad sx \sqrt{30}$$

**ESTANINOS**

1.

X= Puntaje mínimo x nro. preguntas :  $x = 0 \times 46$

$$X = 0$$

Y= puntaje máximo x nro. preguntas :  $Y = 2 \times 46$

$$Y = 92$$

$$A = \bar{X} - 0.75(\sigma^2) \quad : \quad A = 56 - 0.75(11)$$

$$56 - 8$$

$$A = 48$$

$$B = \bar{X} + 0.75(\sigma^2) \quad : \quad A = 56 + 0.75(11)$$

$$56 + 8$$

$$B = 64$$

Tabla 2

*Calidad de dimencion estructural de anotaciones de enfermeria de hospital hipolito unanue lima abril 2014.*

<b>Calidad de estructura</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
CNE . DEF	<b>13</b>	<b>25</b>
CNE .REG	<b>28</b>	<b>54</b>
CNE EXC	<b>11</b>	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**PROMEDIO.:**

1604

1.-X=----- x- = 31

52

2.- Varianza:

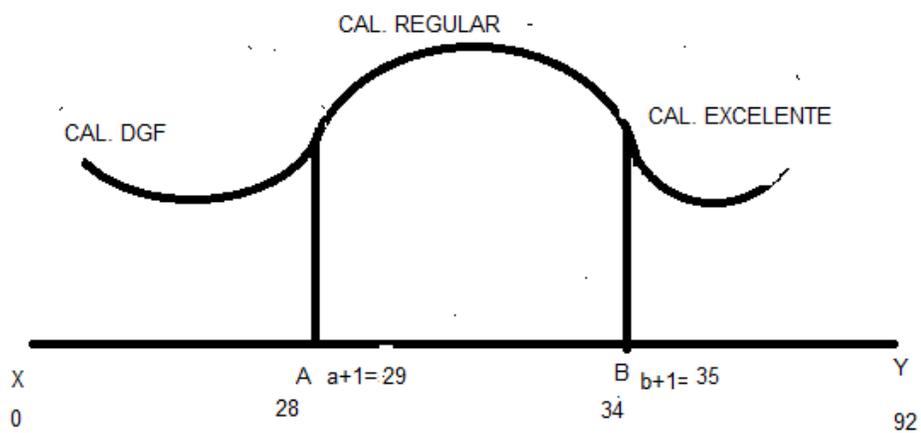
$$\hat{\sigma}^2 = 805$$

$$\sigma^2 = 15.4$$

$$52$$

3.-Desviacion estándar

$$S_x = \sqrt{15.4} \quad S_x = 3.92 = 4$$



$$A = 31 - 0.75 (4)$$

$$A = 28$$

$$B = 31 + 0.75 (4)$$

$$B = 34$$

Tabla 3

WWE

*Calidad de dimension contenido de anotaciones de enfermeria del hospital hipolito unanue abril 2016.*

<b>Calidad de contenido</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
CNE . DEF	<b>11</b>	<b>21</b>
CNE .REG	<b>27</b>	<b>52</b>
CNE EXC	<b>14</b>	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

PROMEDIO:

1220

$$1.-\bar{X} = \frac{1220}{52} = 23.4 = 23$$

52

2.-VARIANZA= 3205

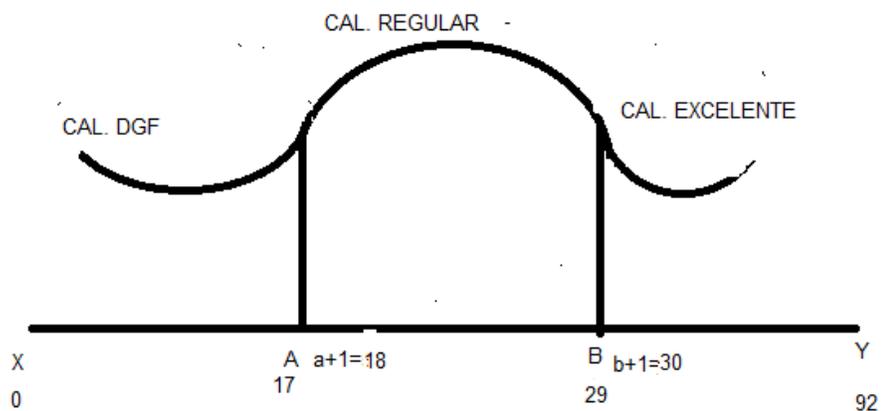
$$= \frac{3205}{52} = 61.6 = 62$$

52

3.- DESVIACION ESTÁNDAR

$$SX = \sqrt{62}$$

ESTANINOS



$$A = 23 - 0.75(8)$$

$$A = 17$$

$$B = 23 + 0.75(8)$$

$$B = 29$$

Anexo.3 Confiabilidad del instrumento Resumen de procesamiento de casos N % Casos Válido 30 100,0 Excluido 0 ,0 Total 30 100,0 Nota: Elaboración propia Confiabilidad según Kr20 en spss23. Estadísticas de fiabilidad Alfa de Cronbach N de elementos 0,677 31 0.7

**Anexo A: Matriz de operacionalización de la variable**

VALOR FINAL QUE ADOPTARA LA VARIABLE	CRITERIOS	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOJO DE DOCUMENTOS	PROCEDIMIENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
--	-----------	--	---------------	-----------------------

**VALORACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE LIMA**

**TECNICA:** ANALISIS DOCUMENTAL

**INSTRUMENTO:** ESCALA DE CALIFICACIÓN

**I. OBJETIVO:** Recoger datos del contenido y estructura de las notas de enfermería contenidas en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia durante mes de abril del año 2016.

**II.DATOS GENERALES:**

2.1. Número de historia clínica:




**III.DATOS ESPECÍFICOS:**

<b>CARACTERÍSTICAS DE ESTRUCTURA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
1. La NE inicia identificando el nombre y apellido del paciente.			
2. Se registra el número de historia clínica.			
3. Se registra el número de cama.			
4. Hay orden cronológico en el registro de las NE			
5. Las NE evidencia el registro de incidencias y acciones realizadas para ello.			
6. Se precisa el nombre y apellido de la persona que brinda los datos clínicos.			
7. La NE evidencia la fecha, hora y el turno respectivo de registro.			
8. El registro de las intervenciones de enfermería es a horario.			

9. El plan de cuidados se evidencia en la NE con el modelo narrativo SOAPIE.			
10. No se evidencia espacios en blanco al empezar o terminar una frase.			
11. El registro de la NE se realiza con tinte azul o rojo según corresponda al turno.			
12. La NE son redactadas con letra legible.			
13. La NE refleja redacción, orden y presentación.			
14. La NE presenta caligrafía y ortografía correcta.			
15. La NE evidencian un lenguaje coherente.			
16. Se usan símbolos o abreviatura de uso común.			
17. Se registran hechos trascendentales del estado del paciente.			
18. La NE resalta acciones importantes presentadas durante el turno.			
19. No presenta enmendaduras ni tacha.			

20. La NE culmina con el nombre, apellido, número de colegiatura/registro de especialidad y firma de la enfermera (o)			
TOTAL			

<b>CARACTERÍSTICAS DE CONTENIDO</b>	0	1	2
21. La NE contiene los DATOS SUBJETIVOS (DS) del paciente.			
22. Los DS son registrados con la misma palabra del paciente y/o familiar (“...”).			
23. Se registra antecedentes alérgicos, patológicos y quirúrgicos.			
24. La NE contiene los DATOS OBJETIVOS (DO) del paciente.			
25. Se evidencia la evaluación del comportamiento humano en las esferas: psicológico, espiritual, social y físico.			

26.	La NE refleja el examen físico céfalo-caudal.			
27.	Se registra signos vitales: PA, FC, FR, T, SATO <sub>2</sub>			
28.	La valoración de Patrones Funcionales/Necesidades Humanas son concordantes con los DO del paciente.			
29.	ANÁLISIS: el Diagnostico de Enfermería (DE) evidencia consistencia con los DO y DS recolectados.			
30.	Formula adecuadamente los DE (real, riesgo y bienestar).			
31.	Utiliza las etiquetas diagnosticas de la NANDA 2014.			
32.	Se evidencia la PLANIFICACIÓN de los cuidados de enfermería.			
33.	Los cuidados brindados evidencia orden según prioridad.			

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**  
**FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNÁNUE**  
**ENFERMERÍA EN EMERGENCIA Y DESASTRES**  
**LISTA DE COTEJO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**  
**VALORACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE**  
**EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE LIMA 2016**

**TECNICA:** Jueces de Experto

**OBJETIVO:** Recoger opiniones de 15 jueces expertos a cerca de la validez del contenido del instrumento escala de calificación.

**INSTRUCCIONES:** Estimado(a) Juez Experto(a): Teniendo como base los criterios que a continuación se le presenta, emita su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, marcando un X (aspa) en la columna SI ó NO según corresponda. Así mismo de su apreciación, sugerencia y observación pertinente.

**EVALUACIÓN:**

<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1. La estructura del instrumento responde al problema.			
2. El contenido del instrumento responde a los objetivos.			
3. Las preguntas responden al			

problema.			
4. Las preguntas responden a los objetivos.			
5. El número de preguntas es el adecuado.			
6. El instrumento necesita añadir preguntas.			
7. El instrumento requiere retirar preguntas.			
8. El peso de las preguntas es el adecuado.			
9. El instrumento es aplicable.			
10. La redacción del instrumento es clara y sencilla.			

SUGERENCIAS:.....

.....

.....

.....

.....

.....