

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tesis

**Calidad y cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de
Emergencia del Hospital Regional del Cusco - 2024**

Asesora:

Mag. Anchari Oblitas, Yuliza Francesca

Autoras:

Choqqe Mayhuire, Gema

Huaman Hinojosa, Saymisu

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Cusco – Cusco – Perú

2025



Universidad Tecnológica de los Andes

Transformando vidas

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

Acta N°: 021

En la ciudad de Cusco, a los 12 días del mes de Junio del 2025, siendo las 09:10 am horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por Resolución Sub Directoral N° 0109-2025-UTEA-FO2-FCS-EPE-SD de la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente :	Mag. Soto Trelles, Rosslusa
Dictaminante :	Mag. Cuadros Tairo, Luz Maribel
Replicante :	Mag. Caballero Aparicio, Sdenka

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

Tesis Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

Calidad y cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco - 2024

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

Bach: Choque Mayhuire, Gema

Bach: Huaman Hinojosa, Saymisu

(Apellidos y Nombres)

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

(Denominación del Título)

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) APROBADO (S):

Por: Mayoría

(Unanimidad o Mayoría) (*)

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Calificación (**)
Bach. Choque Mayhuire, Gema	Aprobada
Bach. Huaman Hinojosa, Saymisu	Aprobada

Siendo las 10:30 am horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

Presidente: Mag. Soto Trelles, Rosslusa
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

Dictaminante: Mag. Cuadros Tairo, Luz Maribel
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

Replicante: Mag. Caballero Aparicio, Sdenka
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

(Firma)

(Firma)

Calidad y cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco-2024.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	21%	8%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	3%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	1%
8	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
11	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1%

Metadatos

Datos del Autor	
Apellidos y Nombres	: Choque Mayhuire, Gema
Tipo de Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 72635880
Apellidos y Nombres	: Huaman Hinojosa, Saymisu
Tipo de Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 47191927
Datos del Asesor	
Apellidos y Nombres	: Mag. Anchari Oblitas, Yuliza Francesca
Tipo de Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 70413297
URL ORCID	: https://orcid.org/0000-0002-4886-2457
Datos de la Investigación	
Facultad	: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	: Enfermería
Línea de Investigación	: Salud Pública
Rango de años en que se realizó la investigación	: Septiembre 2024- enero 2025
Fuente de financiamiento	: Autofinanciado
Porcentaje de similitud	: 22%
URL de OCDE	: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Dedicatoria

Con todo cariño y amor a mi madrina Elvira Delgado, a mi padrino Luis Gerardo Delgado y a mi compañero de vida Alex. Por haberme apoyado en todo sentido y por cultivar los valores en mí e inculcar el don de la responsabilidad para culminar mi carrera profesional y ser una persona de bien. A mis padres Eufracia y Gabriel por haberme dado la vida.

A las personitas que me guían desde el cielo. Papá Lucho, Mamá Regina, Papá Alberto, Papá Manuel, Papá Oscar Etc. Que derraman bendiciones y guían mi camino desde el cielo.

Gema Choque Mayhuire

A mi querida madre Gloria, por ser el pilar más importante en mi vida y en mi formación académica desde el principio, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional en los momentos difíciles. A mi padre Adrián que a pesar de la distancia física siento que estuviste pendiente en todo el proceso de mi formación. A mi amado esposo Ernesto que estuvo presente en todo este viaje académico y este logro es nuestro.

A mis hermanos Frank y Reyna que comparten mis triunfos y están siempre acompañándome moralmente.

Saymisu Huaman Hinojosa

Agradecimientos

A Dios por bendecirnos la vida y permitirnos llegar a este momento especial, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad. A todos los docentes que mediante su experiencia y el conocimiento teórico-práctico nos brindaron la oportunidad de desarrollar nuestros saberes, destrezas, habilidades y experiencias. A nuestra asesora Mg. Yuliza Francesca Anchari Oblitas por guiarnos en el proceso del desarrollo de la tesis. Agradecemos hoy y siempre a nuestros seres queridos por el apoyo incondicional

Gracias a la vida por este nuevo triunfo y gracias a todas las personas que de una y otra forma nos apoyaron en la realización de este trabajo.

Finalmente queremos agradecer al director del hospital Regional del Cusco, al personal de salud Licenciadas/ os que trabajan en el área de Emergencia por tomarse el tiempo de guiarnos y apoyarnos en el proceso de realización de nuestro trabajo.

Gema Choqqe Mayhuire

Saymisu Huaman Hinojosa

Resumen

La calidad de las anotaciones y el riguroso cumplimiento de las normas que rigen la elaboración de las notas de enfermería constituyen elementos esenciales para asegurar que se brinde una atención tanto eficiente como segura en los diversos servicios de salud. **Objetivo:** Determinar cómo se relaciona la calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco en 2024. **Metodología:** La investigación es básica, descriptiva, no experimental y correlacional. La población fue de 2355 historias clínicas. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, el cual fue de 331 notas de enfermería. **Resultados:** Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la calidad del contenido de las notas de enfermería y el cumplimiento de las normativas de registro ($Rho=0.263$; $p\text{-valor} = 0.000$). **Conclusiones:** A medida que mejora la calidad de la documentación, también se incrementa el nivel de cumplimiento con los estándares establecidos, lo que contribuye a una atención más segura y organizada.

Palabras clave: calidad, cumplimiento, notas de enfermería, emergencia.

Abstract

The quality of the notes and the strict adherence to the rules governing the preparation of nursing notes are essential elements in ensuring that care is provided in an efficient and safe manner in the various health services. Objective: To determine how the quality and compliance of nursing notes are related in the Emergency Department of the Regional Hospital of Cusco in 2024. Methodology: The investigation is basic, descriptive, non-experimental and correlational. The population was 2355 clinical histories. The sample was simple random probabilistic following the inclusion and exclusion criteria, which was 331 nursing notes. Results: There is a positive and statistically significant relationship between the quality of nursing note content and compliance with documentation standards ($Rho = 0.263$; $p\text{-value} = 0.000$). **Conclusions:** As the quality of documentation improves, the level of compliance with established standards also increases, contributing to safer and more organized patient care.

Keywords: quality, compliance, nursing notes, emergency.

Índice

Portada.....	i
Acta de sustentación	ii
Reporte de similitud	iii
Metadatos.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Índice.....	ix
Índice de tablas	xi
Índice de anexos.....	xii
I. Introducción	13
II. Planteamiento del problema.....	15
2.1 Descripción y formulación del problema.....	15
2.1.1. Problema General	17
2.1.2. Problemas Específicos.....	17
2.2. Objetivos	18
2.2.1. Objetivo General	18
2.2.2. Objetivos Específicos.....	18
2.3. Justificación e importancia	19
2.4. Hipótesis	21
2.4.1. Hipótesis General.....	21
2.4.2. Hipótesis Especificas	21
2.5 Variables	23
III. Marco Teórico.....	25
3.1. Antecedentes	25
3.2. Bases Teóricas	34
3.3. Definición de términos.....	42
IV. Metodología.....	48
4.1. Tipo y nivel de investigación.....	48
4.2. Ámbito temporal y espacial	49
4.3. Población y muestra.....	49
4.4. Instrumentos	51
4.5. Procedimientos	52
4.6. Análisis de datos	53

4.7.	Consideraciones éticas	54
V.	Resultados y discusión	55
VI.	Conclusiones.....	77
VII.	Recomendaciones	79
VIII.	Referencias.....	81
IX.	Anexos.....	86

Índice de tablas

Tabla 01.	Operacionalización de variables.....	23
Tabla 02.	Contenido clínico.....	55
Tabla 03.	Precisión.....	56
Tabla 04.	Objetividad.....	56
Tabla 05.	Pertinencia.....	57
Tabla 06.	Cumplimiento en el registro del formato y estructura.....	58
Tabla 07.	Cumplimiento de secciones completadas.....	59
Tabla 08.	Cumplimiento de legibilidad.....	59
Tabla 09.	Cumplimiento de firma.....	60
Tabla 10.	Registro oportuno.....	61
Tabla 11.	Niveles de calidad y cumplimiento de notas de enfermería.....	62
Tabla 12.	Prueba de normalidad.....	63
Tabla 13.	Relación entre calidad de notas de enfermería y cumplimiento de notas de enfermería.....	64
Tabla 14.	Relación entre calidad de contenido y formato y estructura.....	65
Tabla 15.	Relación entre calidad de notas de enfermería y las secciones completas.....	67
Tabla 16.	Relación entre calidad de notas de enfermería y legibilidad.....	68
Tabla 17.	Relación entre calidad de notas de enfermería y la firma.....	69
Tabla 18.	Relación entre calidad de notas de enfermería y registro oportuno.....	70

Índice de anexos

Anexo 01.	Matriz de consistencia.....	87
Anexo 02.	Documento que autoriza para la aplicación del instrumento ...	94
Anexo 03.	Validación y confiabilidad de instrumentos	108
Anexo 04.	Instrumento o Ficha de recolección de datos.....	132
Anexo 05.	Base de datos	138
Anexo 06.	Galería de fotografías	140

I. Introducción

La calidad de las anotaciones y el riguroso cumplimiento de las normas que rigen la elaboración de las notas de enfermería constituyen elementos esenciales para asegurar que se brinde una atención tanto eficiente como segura en los diversos servicios de salud. Esto es particularmente crucial en áreas críticas y de alta urgencia, como el servicio de emergencia, donde cada detalle puede marcar la diferencia en la atención del paciente. Este conjunto de notas forma un archivo minucioso que refleja cada una de las intervenciones, las observaciones realizadas y los cuidados brindados por el equipo de enfermería. La correcta y meticulosa documentación de esta información es de suma importancia, ya que juega un papel fundamental en asegurar la continuidad en la atención de los pacientes, así como en facilitar la toma de decisiones clínicas informadas y en optimizar la gestión dentro del entorno hospitalario.

En el Hospital Regional del Cusco, el departamento encargado de la atención de emergencias se enfrenta a una serie de situaciones que generan una elevada presión y requieren una atención asistencial considerable. Esta intensa dinámica puede tener un impacto significativo en la calidad de la atención brindada y además, también podría afectar la precisión y la meticulosidad de los registros llevados a cabo por el personal de enfermería. Además, esta evaluación facilita una mejor coordinación entre los distintos profesionales de la salud que trabajan en conjunto y, al mismo tiempo, contribuye a fortalecer la defensa legal en situaciones que puedan

involucrar complicaciones o eventos adversos que surjan durante el proceso de atención.

El estudio detallado sobre el grado de cumplimiento de estas directrices en el marco del servicio de emergencia del hospital Regional del Cusco durante el año 2024 adquiere una importancia significativa. Esto se debe, en gran parte, a la elevada cantidad de pacientes que requieren atención y a la naturaleza urgente y crucial de los casos que se manejan dentro de esta unidad de salud. El objetivo principal de este estudio es llevar a cabo una identificación exhaustiva de las posibles deficiencias presentes en la documentación relacionada con los procesos de atención, así como también se buscarán propuestas de mejora que ayuden a optimizar la práctica profesional de enfermería. Todo esto, con el fin último de elevar y mejorar la calidad de atención que se proporciona a los pacientes en el entorno hospitalario.

II. Planteamiento del problema

2.1 Descripción y formulación del problema

En Ecuador en un artículo publicado por Castillo R, Villa C, Costales C, Moreta J, Quinga G. referente al hospital Vicente Corral Moscoso (Ecuador 2021) Mencionan que las notas de enfermería es un documento realizado por Licenciadas (os) en enfermería, que sirven como medio de interacción, siendo una valiosa herramienta para mantener la atención continua, familia y comunidad, también establecen una fuente de información para estudios científicos que posibiliten producir nuevos saberes y como herramienta legal tanto para el paciente como para el personal, siendo necesario asegurar la excelencia de los reportes de enfermería.

Del mismo estudio se desprende que la excelencia de las notas de enfermería nos muestra que entre el 90 y el 99,5% de expedientes médicos presentan notas de enfermería donde se excluye el registro de eventos significativos. En el 98,5 al 100% de historiales médicos, se detecta que los especialistas en enfermería no detallan los acontecimientos de manera ordenada y minuciosa, así como tampoco describen con precisión las respuestas humanas. Entre el 80 y el 100% de historiales médicos muestran notas de enfermería ilegible y poco clara. Se omiten la fecha y la hora, se detectan errores ortográficos. Los únicos aspectos en los que destacan como eficaces son el nombre y el registro de membresía, así como el uso de lapicero de color para el registro de los eventos, según sea correspondiente al turno diurno y nocturno.

El cumplimiento de las anotaciones de enfermería, revelan notas no eficientes. En todas las historias clínicas se notan anotaciones de enfermería con falta de detalles acerca de la evaluación completa del paciente, se excluye el registro de las acciones y procesos de enfermería, no se anota el estado del paciente al término del turno, o lo que aún está por hacer; tampoco se registra la comunicación o relación con los pacientes, observaciones o preguntas, ni la transmisión de información o enseñanza personalizada (2).

En el año 2020, Soza C, Sánchez A, Díaz R. En la revista de Enfermería comenta que la utilidad y relevancia de los reportes de enfermería para el equipo médico, constituyen un canal de conexión que simplifica la labor entre los integrantes del sector médico, por consiguiente, su elaboración adecuada asegura la continuidad de los cuidados y la protección del individuo. Las Enfermeras identifican que su inicial desafío para redactar de manera apropiada los reportes de enfermería es la escasez de tiempo debido a la alta demanda de procesos y atenciones, lo que deja poco margen para las tareas administrativas, por lo tanto, solo registran la información de los pacientes más críticos. Adicionalmente se emplean como referencia por parte de los enfermeros a lo largo del cambio de jornada y los demás integrantes del equipo médico, especialmente en la visita médica, donde los datos respaldan la realización de una evaluación completa y la prescripción del mejor tratamiento para el paciente (3).

En el 2020, Idrogo A. y Vásquez E. en el artículo de Auditoría de los Registros de Enfermería para garantizar la calidad del cuidado, los hallazgos fueron una excelente calidad en el 61.1% de historias clínicas, continuando con excelencia moderada con el 38.9%, en lo que respecta a la excelencia de los registros de enfermería es moderada en un 54.0%, en tanto que en cuanto la excelencia es alta en un 80.2%; también se halló que los aspectos particulares que impactan en la calidad de la redacción de notas de enfermería son la edad, nivel educativo, situación laboral, tiempo de servicio y los aspectos institucionales (4).

Durante nuestro internado clínico en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco en el año 2022, pudimos observar que existe mucha afluencia de pacientes por lo tanto se genera un gran número de notas de enfermería. Muchas veces los pacientes se atienden en tiempos cortos y los Licenciados de enfermería trabajan bajo presión, por lo cual los registros de enfermería se manejan inadecuadamente, evidenciando el incumplimiento del formato SOAPIE con faltas ortográficas, borrones, letra no legible, datos incompletos del paciente, uso de lapicero inapropiado, ausencia formato y deficiencias en estructura de notas de enfermería. Esto puede afectar en la atención y el cuidado de los pacientes, por ende, con nuestro trabajo de investigación buscamos analizar la calidad y cumplimientos de los registros de enfermería.

MINSA (2018) en la Norma Técnica de Salud de Historia Clínica reescribe todo el texto sustituyendo todas las palabras por sinónimos, establece que la Crónica Médica es un archivo sanitario legal, en el cual se anotan los detalles de identificación y los procedimientos vinculados con el cuidado del paciente, de manera directa, organizada, sucesiva y total de la asistencia que los profesionales de salud brindan al paciente y que son legalizados con su sello y rubrica de la licenciada (o) en enfermería. Las notas de enfermería consisten en un archivo indispensable que forma parte de la Historia Clínica, dicho documento es administrado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (1).

2.1.1. Problema General

¿De qué manera se relaciona la calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco - 2024?

2.1.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona la calidad y los formatos de estructura de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad y las secciones completas en las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024?
- ¿Qué relación existe entre la calidad y la legibilidad de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad y la firma del profesional en las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024?
- ¿Cómo se relaciona la calidad y el registro oportuno de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Determinar cómo se relaciona la calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco en 2024.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Establecer como se relaciona la calidad y los formatos de estructura de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.
- Evaluar cuál es la relación que existe entre la calidad y las secciones completas de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.
- Identificar qué relación existe entre la calidad y la legibilidad de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.
- Analizar qué relación existe entre la calidad y la firma del profesional en las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.

- Evaluar cuál es la relación que existe entre la calidad y el registro oportuno de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.

2.3. Justificación e importancia

a. Teórico: Desde una perspectiva teórica, la calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería son áreas cruciales en la atención sanitaria. La documentación adecuada no solo es un requisito administrativo, sino también un componente esencial para la seguridad del paciente. Las notas de enfermería son una fuente vital de información para otros profesionales de la salud, y su calidad afecta directamente la toma de decisiones clínicas. Comprender cómo estas dos dimensiones se relacionan nos permite explorar patrones, identificar áreas de mejora y aplicar estrategias basadas en evidencia para optimizar la documentación.

b. Metodológica: Evaluar la calidad y el cumplimiento de las notas requiere un enfoque riguroso. La observación directa y la aplicación de escalas de medición, como la escala de Likert, garantizan la validez y confiabilidad de los datos recopilados. La metodología utilizada debe ser sistemática y estandarizada para que los resultados sean comparables y generalizables. Al diseñar instrumentos de recolección de datos, debemos considerar la consistencia en la aplicación y la objetividad en la evaluación. Esto asegura que los resultados reflejen fielmente la realidad y permitan tomar decisiones informadas.

c. Práctica: Nuestro trabajo de investigación en relación a la calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería tienen un impacto directo en la atención al paciente. Las notas bien documentadas facilitan la continuidad del cuidado, permiten una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud y respaldan la evaluación de resultados. Por ejemplo, una nota legible y precisa sobre una alergia a medicamentos puede evitar errores de administración. Además, el cumplimiento adecuado garantiza que la información esté disponible cuando sea necesario,

evitando retrasos en la atención. En última instancia, una documentación de alta calidad contribuye a la seguridad y satisfacción del paciente.

d. Social: La calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería afectan a múltiples partes interesadas. Los pacientes y sus familias confían en que los profesionales de enfermería registrarán de manera adecuada su información médica. Una documentación precisa y oportuna también es relevante para la gestión hospitalaria y la rendición de cuentas. Además, desde una perspectiva más amplia, una atención de calidad respalda la confianza en el sistema de salud en su conjunto. Cuando los registros son transparentes, confiables y completos, se fortalece la relación entre los profesionales de la salud y la comunidad a la que sirven.

Delimitación de la investigación

- Espacial: El siguiente trabajo se llevó a cabo en el servicio de Emergencia del hospital Regional – Cusco.
- Temporal: Propusimos realizarlo durante los meses de junio a agosto del 2024.
- Social: La investigación se realizó revisando las historias clínicas específicamente las notas de enfermería que son elaborados por el profesional Licenciadas (os) en Enfermería quienes trabajan en el servicio de Emergencia del hospital Regional de Cusco.
- Conceptual: Nuestro trabajo de investigación establece un estudio donde se manejarán la calidad y el cumplimiento de notas de enfermería.

Viabilidad de la investigación

Se puede afirmar que el análisis llevado a cabo en relación con la calidad y el cumplimiento de las anotaciones realizadas por el personal Licenciado(a) en enfermería del servicio de Emergencias del hospital Regional del Cusco, correspondiente al año 2024, resulta ser extremadamente factible y práctico. La existencia de información accesible, la importancia significativa del asunto tratado,

así como la viabilidad tanto en términos metodológicos como logísticos, constituyen factores clave que contribuyen de manera notable al éxito potencial de esta investigación.

Limitaciones

Se puede afirmar que la investigación llevada a cabo acerca de la calidad y adherencia a los estándares de las notas de enfermería en el área de emergencias del hospital Regional del Cusco, correspondiente al año 2024, presenta un elevado grado de viabilidad. La existencia y acceso a una cantidad suficiente de datos, junto con la importancia del tema en cuestión, así como la viabilidad tanto metodológica como logística, son factores que contribuyen de manera significativa al éxito potencial de esta investigación.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre la calidad y el cumplimiento de las notas de Enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la calidad y el cumplimiento de formatos y estructura de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.
- Existe relación significativa entre la calidad y el cumplimiento en las secciones completas de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.
- Existe relación significativa entre la calidad y el cumplimiento de la legibilidad del profesional en las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.

- Existe relación significativa entre la calidad y el cumplimiento de la firma del profesional en las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.
- Existe relación significativa entre la calidad y el cumplimiento en el registro oportuno de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional Cusco – 2024.

2.5 Variables

Tabla 01. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Calidad en las notas de Enfermería: las notas de Enfermería son de calidad cuando se emplea el formato SOAPIE, cuando no presenta borriones y/o enmendaduras, tiene letra legible, uso de tinta recomendada, evitar el uso de lápiz, así mismo el formato debe ser pulcro en su totalidad y para finalizar la firma y sello de la Enfermera de turno. (20)	Contenido Clínico	Nombres y apellidos del paciente	- No registra
		Fecha de redacción de las notas de enfermería	
		Signos vitales (FC, P/A, FR, T°, SpO2)	
		Registra el N° de historia clínica, servicio, N° de cama	
	Precisión	Registro de forma clara y conciso.	- Registro incompleto
		La información coincide con la realidad del paciente.	
	Objetividad	Describe de forma objetiva el comportamiento del paciente.	- Registro completo
		Se escribe entre comillas los datos subjetivos.	
	Pertinencia	Información relevante	
		Registro oportuno	

Variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	
<p>Cumplimiento en las notas de enfermería: incluye como mínimo el reporte de entrada con fecha, edad, género y un breve resumen de la situación del individuo como los indicadores vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno), funciones orgánicas, condición global; también el progreso durante la estancia hospitalaria como apuntar los indicios y manifestaciones notables; documentar la terapia administrada y finalmente el nombre completo, firma, sello y número de colegiatura del profesional de la Enfermera(o). (26)</p>	Formato y Estructura	Uso correcto del formato SOAPIE	<p>-No registra</p> <p>-Registro incompleto</p> <p>-Registro completo</p>	
	Secciones completas	Uso de estructura del SOAPIE		
	Legibilidad	Redacción clara y fácil de entender		
		Presenta borrones		
		Enmendaduras y tachas		
		Lapicero azul (día)		
		Lapicero rojo (noche)		
		Uso de lápiz		
	Firma	Nombre, apellidos y número de colegiatura del profesional		
	Registro oportuno	Tiempo real de documentación		
		Registro al inicio del turno		
		Registro al finalizar el turno		

III. Marco Teórico

3.1. Antecedentes

A nivel Internacional

Barahona y Vega (2022) en su investigación de tesis “**Cumplimiento de los registros de enfermería en mujeres preeclámplicas en un hospital de la ciudad de Guayaquil**” Ecuador 2022.

Objetivo: Evaluar el grado de adherencia a los protocolos de documentación en pacientes obstétricas con diagnóstico de preeclampsia.

Metodología: Enfoque cuantitativo, diseño retrospectivo y transversal. La muestra incluyó 60 gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Se empleó observación indirecta mediante una matriz de evaluación.

Resultados: El análisis de los registros clínicos evidenció altos porcentajes de cumplimiento en los principales procedimientos documentados. La totalidad de las historias clínicas (100%) incluían adecuadamente el control tensional, seguimiento de constantes vitales, administración de medicamentos, aplicación de fluidoterapia, vigilancia fetal, atención especializada durante el trabajo de parto y controles prenatales. Sin embargo, se detectaron discrepancias en otros aspectos fundamentales del registro clínico. El balance hídrico aparecía documentado en el 91.7% de los casos, mientras que el manejo analgésico y el control de síntomas

digestivos solo alcanzaban un 83.3% de registro. Respecto a los diagnósticos de enfermería identificados, predominaron las alteraciones nutricionales: obesidad (41.6%) y sobrepeso (25%). Los trastornos metabólicos mostraron menor prevalencia, con igual porcentaje (16.7%).

Conclusiones: La investigación evidenció un 95.8% de conformidad en los registros clínicos (5).

Chambilla (2021) en su tesis “**Cumplimiento del registro de enfermería en la unidad de Ginecología, hospital Materno Infantil, Caja Nacional de salud La Paz, primer trimestre - 2020**” La Paz – Bolivia, 2021.

Objetivo: Evaluar el grado de cumplimiento en los registros de enfermería dentro del servicio de Ginecología del Hospital Materno Infantil (CNS La Paz) durante el primer trimestre de 2020.

Metodología: Enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo, la muestra fue de 202 registros.

Resultados: El análisis evidenció que, en cuanto a la dimensión de objetividad, se cumplieron todos los requisitos establecidos sin observarse incumplimientos. Sin embargo, en los criterios de precisión y exactitud, se detectaron deficiencias en varios aspectos clave: el asentamiento correcto de indicaciones médicas debidamente validadas con firma, horario y sello; la inclusión completa del diagnóstico clínico inicial; la correcta consignación de firmas y sellos en la administración de medicamentos; así como el registro sistemático de posibles efectos secundarios o respuesta al tratamiento.

Conclusión: Los hallazgos evidencian la necesidad de reforzar los protocolos de registro, dado el incumplimiento en múltiples indicadores. Se recomienda implementar medidas para optimizar la calidad de la documentación en enfermería (6).

Fuentes (2021) en su trabajo de investigación titulado “**Calidad de los Registros de Enfermería en base al S.O.A.P.I.E. de pacientes con ventilación mecánica en terapia intensiva, Hospital Rubén Zelaya**” Yacuiba – Bolivia, 2018.

Objetivo: Evaluar el nivel de cumplimiento en la documentación de enfermería en pacientes bajo ventilación mecánica.

Metodología: cuantitativo, no experimental, transversal, la muestra fue de 9 profesionales y 58 historias clínicas con datos recopilados mediante listas de verificación.

Resultados: El estudio reveló importantes deficiencias en la aplicación del método S.O.A.P.I.E. en los registros evaluados. En el componente subjetivo se encontró que la mayoría de los registros (86%) omitieron por completo la descripción del estado emocional de los pacientes, mientras que la totalidad de los casos (100%) carecían de información sobre el cambio de tubuladuras del ventilador. Asimismo, en ese mismo componente, el 86% de los registros no incluían datos sobre el nivel de conciencia del paciente. Respecto a los signos vitales, solo dos tercios de los casos (66%) presentaban un registro mínimo aceptable. Al analizar el conjunto de 58 historias clínicas revisadas, se observó que apenas el 60% cumplían con los requisitos básicos de documentación. Las mayores omisiones se concentraron en los apartados de evaluación continua y seguimiento terapéutico, donde los registros resultaron particularmente incompletos o inexactos.

Conclusión: Los datos confirman la hipótesis sobre el deficiente registro clínico, particularmente en los aspectos cualitativos del proceso asistencial. Se propone implementar auditorías periódicas y talleres de capacitación para optimizar los sistemas de documentación (7).

Villegas (2019) en su estudio titulado “**Conocimiento de las profesionales en enfermería sobre el registro sistemático del S.O.A.P.I.E. de la unidad de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos del seguro social Universitario La Paz del tercer trimestre**” La Paz – Bolivia, 2019.

Objetivo: determinar el conocimiento acerca del registro sistemático del SOAPIE.

Metodología: estudio descriptivo, de naturaleza cuantitativa y con diseño transversal, con una muestra no aleatoria por conveniencia, dado que se encuestaron a 6 licenciadas en enfermería de la Unidad de Medicina y Cuidados Intensivos de adultos, lo que representa el total del personal disponible.

Resultado: el siguiente trabajo de investigación evidencia que todas las encuestadas están familiarizadas con la documentación sistemática de SOAPIE, pero de todas ellas, el 87% carece del entendimiento adecuado para definir con precisión qué implica la documentación sistemática de SOAPIE. El 87% no posee conocimientos sobre el contenido de SOAPIE, y el 87% de las expertas no llevan a cabo correctamente la documentación sistemática de SOAPIE. El 67% de las profesionales de enfermería carecen del suficiente conocimiento sobre la naturaleza de los registros de enfermería. Todas las profesionales de enfermería están de acuerdo en la necesidad de cambiar la documentación de enfermería para que se base en SOAPIE.

Conclusión: se deduce que el equipo de enfermería en la sección de Cuidados Intensivos y Medicina Crítica carece de la adecuada comprensión del método sistemático de registro SOAPIE en términos de su definición precisa, organización y correcta elaboración de dicho registro (8).

Chacón (2018) en su tesis “**Calidad de los reportes de Enfermería basados en el método SOAPIE en el Hospital Alberto Correa Cornejo**” Ecuador, 2018.

Objetivo: describir los reportes de enfermería según el método SOAPIE.

Metodología: cuantitativa, no experimental-transversal. Como muestra se consideró 50 historias clínicas.

Resultados: el grupo de investigación está compuesto por el 91,8% de mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 40 años, con experiencia laboral de 4 a 15 años, todos con educación de nivel terciario. Respecto a la comprensión del

Proceso de Atención, se notó que la mayor parte de los expertos ignora etapas del esquema de cuidados y su valoración. En relación al reporte SOAPIE, el 93,87% lo lleva a cabo cuando la persona ingresa, sin embargo, solo un 60% sigue todas las pautas establecidas para su desarrollo, en tanto que el 58% no se ajusta a la taxonomía. (NOC).

Concluye: la comprensión del personal de enfermería sobre SOAPIE y PAE todavía presenta carencias y se concluyó que la excelencia de los informes de enfermería no acata plenamente con las regulaciones de SOAPIE (9).

A nivel Nacional

Saavedra (2022) según el artículo titulado “**Auditoría de registro para estandarizar calidad de información de las Notas de Enfermería en los servicios de Internamiento en un Hospital peruano - Universidad Nacional de San Martín**” Tarapoto-Perú 2022.

Objetivo: este trabajo de investigación plantea uniformar los apuntes de enfermería en lo que respecta a organización, continuidad y resguardo.

Metodología: este trabajo de investigación es de estudio descriptivo, cuasi experimental, con enfoque cuantitativo de tipo longitudinal. La población fue 4 800 notas de enfermería.

Resultados: la totalidad de los reportes de enfermería son convencionales, de estilo narrativo y no siguen el formato SOAPIE; el 99% no registran la valoración de enfermería, el 80% omiten información subjetiva. Solo el 9% documentan los sucesos no favorables. El modelo uniforme fundamentado en la Taxonomía de Diagnóstico NANDA, NIC y NOC, demostró un acuerdo del 76% conforme a la directriz técnica de calidad para el registro.

Conclusión: se llega a deducir que la calidad del reporte de enfermería desarrolladas la situación se presenta con técnicas tradicionales y falta de estructura, resultando en una baja calidad de datos y de protección legal. La normalización de las

anotaciones de enfermería tiene un efecto positivo en la excelencia de los datos y en la garantía jurídica (10).

Zavala (2022) en su estudio “**Factores relacionados con calidad de los registros de Enfermería (SOAPIE) en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue**” Lima – Perú, 2022.

Objetivo: busca identificar los elementos vinculados con la excelencia de los registros de enfermería (SOAPIE).

Metodología: estudio de enfoque cuantitativo, diseño transversal, descriptivo y correlacional. Las personas encuestadas fueron 54 licenciados (as) de enfermería, con 3 registros por persona. La muestra abarcó a toda la población. Se empleó un método de muestreo no aleatorio, deliberado. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos que había sido validada.

Resultados: el 42,6% fueron de 30 y 40 años de edad. Con respecto al grado de instrucción, el 50% conto con segunda especialidad. El 59,3% cuenta con 3 a 5 años de experiencia. El 66,7% fueron capacitados sobre la calidad de registros. El 72,2% manifiesta que el entorno no era adecuado. El 77,8% señalan que obtuvieron apreciación de su labor. El 77,8% señala que no es deficiente en cuanto a la cantidad del personal. El 61,1% mostró una calificación de registro moderada, el 35,2% calificación de registro satisfactoria y 3,7% calificación de registro deficiente.

Conclusiones: en este estudio se allá una relación relevante, la conexión entre la característica individual, nivel educativo y la excelencia de los registros de enfermería en el área de Pediatría del Centro médico nacional Hipólito Unanue (11).

Espinoza (2022) en su tesis “**Factores que influyen en la calidad de las notas de evolución de enfermería en enfermeros de un hospital de Ica-2022**” Ica – Perú, 2022.

Objetivo: Identificar y analizar los elementos que condicionan la calidad de la documentación clínica realizada por el personal de enfermería en un centro hospitalario de Ica.

Metodología: Estudio cuantitativo de tipo básico con diseño correlacional. La muestra no probabilística incluyó 95 profesionales de enfermería seleccionados intencionalmente de 205 como población.

Resultado: La mayoría de los profesionales (83%) pertenecía al grupo etario de 26 a 40 años, mientras que más de la mitad (61%) contaba con una experiencia laboral menor a 5 años en el ejercicio profesional. En cuanto a las prácticas de documentación, se observó que casi dos tercios del personal (64%) cumplían consistentemente con el registro de sus evaluaciones clínicas. No obstante, un porcentaje considerable (36%) presentaba dificultades para mantener esta práctica de manera constante, a pesar de reconocer su importancia en la atención. Respecto a los patrones temporales para la elaboración de registros, las preferencias mostraron una distribución particular: aproximadamente un tercio (32%) elegía el término de su jornada laboral, mientras que otro 30% no mantenía un horario específico. Un 28% priorizaba la inmediata finalización del servicio, y solo un 11% declaró no tener preferencia en este aspecto.

Conclusión: Se demostró que los factores personales e institucionales ejercen influencia conjunta en la calidad de los registros, aunque su impacto resulta insignificante cuando se analizan de forma independiente (12).

Rodríguez (2021) en su tesis “**Calidad de las Notas de Enfermería de pacientes en la unidad de cuidados intensivos del hospital Sergio E. Bernales. enero – junio 2019**” Lima-Perú 2021.

Objetivo: Evaluar el nivel de calidad en la elaboración de los registros clínicos de enfermería, según los estándares del proceso de atención.

Metodología: Investigación cuantitativa con diseño descriptivo y transversal. Se analizaron 67 historias clínicas de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos entre enero y junio de 2019.

Resultado: que la mayoría (65.7%) presentaba una calidad regular, mientras que solo 23.9% alcanzaba un nivel óptimo. Un 10.4% mostró deficiencias importantes en

su elaboración. Al examinar específicamente la estructura de las notas, predominó la calificación regular (70.1%), con un porcentaje menor de registros bien estructurados (25.4%) y apenas 4.5% con problemas graves de organización. En cuanto al contenido, se mantuvo el patrón de calidad intermedia (62.7%), con 23.9% de documentos completos y 13.4% con información insuficiente o incompleta. Estos resultados reflejan una tendencia generalizada hacia registros que, si bien cumplen con los requisitos mínimos, distan de ser ejemplares en cuanto a exhaustividad y precisión clínica.

Conclusión: El estudio determinó que la calidad de los registros de enfermería en la UCI evaluada se sitúa en un nivel regular, evidenciando la necesidad de implementar estrategias para optimizar tanto la estructura como el contenido de la documentación clínica (13).

Custodio (2018) en su trabajo de investigación titulado “**Calidad en la Redacción de Notas de Enfermería y Factores Influyentes en su Elaboración- Hospital Regional Docente las Mercedes” Pimentel – Perú, 2018.**

Objetivo: Evaluar la elaboración de los registros clínicos de enfermería e identificar los elementos personales e institucionales que afectan su adecuada documentación en el servicio de Medicina del mencionado hospital.

Metodología: Investigación cuantitativa con diseño descriptivo, no experimental y transversal. La muestra incluyó 27 profesionales de enfermería y 126 historias clínicas. Se emplearon dos instrumentos validados.

Resultado: evidenció que más del 60% cumplían con los estándares esperados de calidad, aunque un porcentaje considerable (38.9%) solo alcanzaba un nivel intermedio. Al desagregar los componentes, se observó una marcada diferencia entre la estructura formal de los documentos (80.2% adecuada) y la calidad del contenido clínico registrado (54% regular). Los análisis estadísticos identificaron variables clave que impactan en la documentación. Entre las características individuales, tanto la edad como la formación académica mostraron influencia significativa, al igual que las

condiciones laborales y la experiencia profesional, todos estos con resultados de pruebas inferenciales significativos ($p < 0.05$).

Conclusión: Se confirmó la asociación estadísticamente significativa entre los factores personales e institucionales con la calidad de los registros clínicos (14).

A nivel regionales o locales

Ttito (2019) en su estudio titulado “**Factores que afectan la Calidad en el llenado de notas de Enfermería en los Pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía del hospital Alfredo Callo Rodríguez” Sicuani – Cusco, 2019.**

Objetivo: identificar cuáles son los elementos que impactan en la excelencia al completar los registros de enfermería de los pacientes ingresados en el hospital.

Metodología: estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, correlacional. El grupo de investigación incluyó a todos los expertos en Enfermería que trabajan en el departamento de medicina y cirugía del Centro Médico Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, donde se tomaron en cuenta 74 registros de Enfermería.

Resultados: en lo que respecta a la excelencia, el 68.7% muestra un llenado de notas de enfermería correcto, mientras que el 31.8% lo considera moderadamente correcto. En relación a los aspectos institucionales, el 90.9% ha recibido instrucciones sobre el registro de notas de enfermería, el 81.8% ha participado en más de dos sesiones de capacitación sobre notas de enfermería, el 63.6% trabaja en un horario fijo, y el 54.5% afirma que la institución proporciona orientación sobre cómo completar los reportes, el 63.6% completa los registros de enfermería al término del turno, el 72.7% dedica más de 15 minutos a completar los registros de enfermería, el 95.5% es designado. En cuanto a la excelencia, el 68.7% realiza un llenado de registros de enfermería adecuado.

Conclusión: en el hospital Regional pese a las capacitaciones permanentes todavía se puede observar notas de enfermería sin la aplicación del formato SOAPIE correcto

se determina que los factores influyen en el correcto manejo de registros de enfermería (15).

Noa (2019) en la investigación titulado “Nivel de conocimiento de profesionales de enfermería y calidad de los registros (SOAPIE) en el servicio de Emergencia del Hospital Regional” Cusco, 2019.

Objetivo: busca evaluar el grado de entendimiento de los Profesionales de Enfermería y la Excelencia de los Registros (SOAPIE).

Metodología: estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal, prospectivo. La población fue conformada por el total de 31 licenciadas(os) en Enfermería del Servicio de Emergencia.

Resultado: en referencia al grado de entendimiento de las graduadas en Enfermería sobre los Registros (SOAPIE), el 80.6% posee un entendimiento promedio, mientras que un 9.7% muestra un entendimiento satisfactorio y otro 9.7% un entendimiento insatisfactorio. Respecto a la excelencia de los Registros de Enfermería (SOAPIE), el 61.3% de los registros exhiben una calidad promedio, el 29% presentan una calidad alta y el 9.7% muestran una calidad baja.

Conclusión: todavía se ve deficiencia en cuanto al conocimiento de registros de enfermería (16).

3.2. Bases teóricas

La enfermería. Según la OMS involucra la atención independiente y cooperativa de individuos de todas las etapas de la vida, individuos, grupos familiares y colectivos, ya sean enfermos o en buen estado de salud (17).

La **Historia Clínica** es un expediente o herramienta escrita en la que se registra de manera sistemática, organizada y minuciosa el relato de todo lo sucedido y verificaciones efectuadas por el doctor y especialistas de enfermería, durante la atención de un paciente en una institución pública o privada desde su admisión hasta el instante de su salida por alta o fallecimiento (18).

Calidad es una expresión de tendencia en la actualidad, una noción instintiva que ha progresado con el ser humano, ya que desde su origen se valora por la labor bien realizada (19).

Las notas de enfermería son de calidad cuando se emplea el formato SOAPIE, cuando no presenta borrones y/o enmendaduras, tiene letra legible, uso de tinta recomendada, evitar el uso de lápiz, así mismo el formato debe ser pulcro en su totalidad y para finalizar la firma y sello de la Enfermera de turno.

El formato de SOAPIE es usado para registrar las intervenciones y observaciones lo ejecutado por el especialista en enfermería. Igualmente se anotan los dilemas y requerimientos del individuo.

La redacción en el formato SOAPIE debe tener letra legible y clara para facilitar su lectura y comprensión y así evitar errores de interpretación

No tener borrones en caso de error no borrar, colocar entre paréntesis y escribir la palabra error.

Enmendaduras puesto que se puede interpretar como que se está ocultando información.

En cuanto al uso del color de lapicero está reglamentado en el Manual de procedimiento de Traumatología del hospital Regional del Cusco, indica que para la redacción del formato SOAPIE se debe escribir con lapicero de tinta azul para la guardia diurna y con lapicero de tinta roja para la guardia nocturna.

No es recomendable el uso de lápiz en las notas de enfermería, puesto que el trazo de grafito no permanece a lo largo del tiempo y al revisar los detalles del registro de enfermería se encuentran obstáculos.

El registro de notas de enfermería debe ser pulcros es decir trabajar con cuidado y limpieza (registros sin manchas).

Después de todo el reporte de notas de enfermería debe ser refrendada con la firma del profesional de Enfermería que elaboró las notas de enfermería.

Finalmente, y muy importante se colocará el sello del profesional licenciado de enfermería que elaboró las notas de enfermería y este debe contener nombre y apellidos más la colegiatura del profesional (20).

Contenido Clínico: La correcta administración y gestión de las historias clínicas contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes por ello todo profesional de Salud debe conocer de forma clara que es una historia clínica y elementos que incluye (21).

Precisión: Los registros de enfermería deben caracterizarse por su relevancia y claridad, plasmando de manera objetiva las condiciones del paciente, incluyendo sus necesidades, dificultades, capacidades y limitaciones. Es fundamental que las anotaciones reflejen únicamente observaciones verificables, evitando interpretaciones o presunciones subjetivas (22).

Objetividad: Deben redactarse con estricta neutralidad, eliminando cualquier sesgo personal, valoración subjetiva o interpretación individual. Las descripciones del estado y comportamiento del paciente deben basarse exclusivamente en hechos observables, evitando calificativos que impliquen juicios personales(23).

Pertinencia: Es la cualidad de algo de corresponderse totalmente con su contexto (24).

El cumplimiento es la acción y efecto de cumplir o cumplirse (25).

El cumplimiento de las notas de enfermería incluye como mínimo el reporte de entrada con fecha, edad, género y un breve resumen de la situación del individuo como los indicadores vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno), funciones orgánicas, condición global; también el progreso durante la estancia hospitalaria como apuntar los indicios y manifestaciones notables; documentar la terapia administrada y finalmente el nombre completo, firma, sello y número de colegiatura del profesional licenciada(o) de enfermería (26).

Formato y Estructura

Formato de registros - El formato para las notas en este tipo de sistema es específico y estructurado siendo las siglas SOAPIE.

El formato de SOAPIE es usado para registrar los dilemas y requerimientos del individuo, así como también detallar las actuaciones y observaciones que lleva a cabo la profesional (27).

El **SOAPIE**, es un sistema organizado para la anotación y comprensión de los dilemas y requerimientos del paciente, además de las actividades y percepciones, asegurando la persistencia y fiabilidad en su cuidado (S: detalles subjetivos; O: detalles objetivos; A: evaluación o diagnóstico; P: programa de actuación; I: acción directa; E: revisión) (28).

Estructura: Los documentos deben presentar una organización formal estandarizada, utilizando terminología científica precisa que garantice su comprensión por todo el equipo multidisciplinario. Para ello, es fundamental incoherencias, mala organización o legibilidad (29).

Estructura o Modelo de SOAPIE debe tener en consideración los siguientes puntos.

S: Datos Subjetivos

Pregunte a la persona atendida y/o su grupo cercano, al equipo previo sobre la apreciación del estado de bienestar.

Hacer interrogantes simples vinculadas a las contestaciones ante su dolencia y redacta con las expresiones que menciona el individuo (síntomas que el paciente describe “mi cabeza me duele”)

O: Datos Objetivos

- Detallar de qué manera se acoge al individuo.
- Describa el nivel de percepción y guía del individuo.
- Escriba la impresión global en dirección de cabeza a pies y anotar cambios.
- Evalúe el estado mental, comunitario y religioso del individuo.

- Mencione los artefactos por su denominación (tubos, aire, desagües, caminos, y otros).
- Anote señales vitales y excreciones.

A: Análisis o Diagnostico de Enfermería

Detalle y priorizar los diagnósticos que pueden ser reales y de riesgo.

P: Planificación

Planee las metas.

I: Intervención

Organice las acciones de enfermería según urgencia.

Crea un esquema de atención de enfermería y señale las actividades para abordar los dilemas corporales, biológicos, mentales y religiosos del individuo.

Disponer las atenciones para cubrir las demandas esenciales de nutrición, aseo, excreción, desplazamiento, vinculadas a toda valoración de enfermería.

E: Evaluación o Resultado

- Anote las atenciones que se han ejecutado al individuo y los resultados alcanzados de la misma.
- Registre los sucesos que acontecieron durante el periodo.
- Registre la tolerancia de la dieta.
- Apunte la cantidad y las particularidades de las excreciones intestinales y urinarias.
- Anote el desenlace de procedimientos particulares y terapias llevadas a cabo en el individuo.
- Al finalizar los reportes detalle las características de cómo termina el paciente
- Al concluir coloque su sello y firma (30).

Legibilidad

Los registros deben redactarse con máxima precisión lingüística, garantizando su inmediata comprensión por cualquier profesional del equipo

asistencial. En la práctica clínica, esto implica una adecuada caligrafía buscando registros que sea lo más claro posible. (31).

Firma

Se debe incluir firma y sello del personal correspondiente, estableciendo el responsable de atención y de la información registrada.(31).

Registro Oportuno

Los registros de enfermería constituyen evidencia documental fundamental que refleja de manera integral las intervenciones profesionales realizadas, el tratamiento administrado y la evolución clínica del paciente. Según Potter, estos documentos deben reunir características esenciales como validez jurídica, confiabilidad técnica, utilidad práctica en la atención, adaptabilidad a diferentes contextos, claridad en su redacción y capacidad de ser cuantificados y evaluados sistemáticamente. Estos registros representan el instrumento clave para valorar no solo la competencia técnica del profesional, sino también su compromiso ético, humanitario y su nivel de responsabilidad en el ejercicio de la profesión.

La omisión en la documentación de los cuidados proporcionados implica no solo una falla profesional, sino también un incumplimiento legal y ético que cuestiona directamente la asunción de responsabilidad por parte del enfermero respecto a sus acciones clínicas y decisiones autónomas. Cada registro debe incorporar de manera exhaustiva toda la información relevante generada durante la jornada asistencial, sintetizando los procedimientos realizados y las observaciones clínicas significativas. Esta práctica adquiere especial relevancia por su implicación jurídica directa, sustentada en la Ley 27669 que regula el ejercicio profesional de enfermería (32).

Características de los Registros de Enfermería

Real: Los registros deben incluir únicamente datos verificables obtenidos durante la valoración cefalocaudal. Evitar términos como "parece" o "aparentemente", que sugieren desconocimiento real del estado del paciente. La información subjetiva

referida por el paciente debe transcribirse textualmente entre comillas, ejemplo: el paciente refiere "me siento ansioso, desesperado"

Exacto y/o preciso: Cada observación debe documentarse con exactitud métrica y descriptiva. Por ejemplo: "Presión arterial: 150/95 mmHg a las 14:30" en lugar de "TA elevada". Las descripciones deben limitarse a hechos observables, evitando interpretaciones personales o suposiciones no fundamentadas.

Completo e integral: Los registros deben contener todos los elementos relevantes para la continuidad asistencial: antecedentes clínicos, alergias conocidas, intervenciones realizadas, respuesta terapéutica y evolución. Se excluye cualquier dato irrelevante que no contribuya al proceso de atención.

Actual: La documentación debe realizarse inmediatamente después de cada intervención o cambio observado. Los registros anticipados carecen de validez. La revisión periódica permite mantener la información actualizada, añadiendo nuevos hallazgos o corrigiendo datos cuando sea necesario.

Organizado: Se debe lograr la estructura SOAPIE, incluyendo valoración, análisis, plan de intervenciones, ejecución de acciones y análisis de resultados.

Terminología aceptada: El uso de abreviaturas, siglas y símbolos debe ajustarse estrictamente al manual aprobado por la institución. Se prohíbe el empleo de lenguaje coloquial o expresiones ambiguas que puedan generar interpretaciones diversas.

Continuidad del cuidado: Los registros constituyen el nexo entre los diferentes turnos y profesionales. Deben reflejar de manera ininterrumpida todo el proceso de atención, desde la valoración inicial hasta los resultados obtenidos, pasando por las intervenciones realizadas.

Seguridad del paciente: La prevención de riesgos asistenciales exige registrar específicamente medidas de ante errores de medicación, alergias, úlceras por presión etc.

Porque son documentos legales, como documentos probatorios, deben cumplir requisitos formales al representar muestras de la calidad en atención y cuidado de enfermería y demás.

Características: Los registros de enfermería adquieren carácter probatorio en procesos administrativos o judiciales, por lo que deben cumplir requisitos formales específicos. Es imprescindible consignar fecha y hora exactas para evitar ambigüedades y establecer cronológicamente la secuencia de atenciones. Los espacios vacíos quedan prohibidos, ya que podrían ser utilizados para añadir información falsa o alterar los datos originales. Las correcciones deben realizarse trazando una línea horizontal sobre el texto erróneo, nunca borrando o tachando completamente y anotando posteriormente la versión corregida, método que garantiza transparencia en las modificaciones. El uso de lápiz resulta inaceptable debido a su naturaleza efímera y posibilidad de deterioro, comprometiendo la permanencia de los registros. Las instituciones establecen protocolos de color para la tinta: azul para turnos diurnos y rojo para nocturnos, facilitando la identificación visual. El lenguaje empleado debe limitarse a términos técnicos aprobados, utilizando exclusivamente abreviaturas y símbolos autorizados, mientras se evitan expresiones vagas, juicios de valor o comentarios inapropiados. Toda anotación debe fundamentarse en observaciones concretas, nunca en impresiones personales(33).

Objetivos de notas de enfermería SOAPIE

Presenta información escrita del progreso del individuo y guiar al equipo para la continuación de la asistencia otorgando la retroalimentación del diseño de atención y la valoración de efectos.

Constatar en un archivo las actuaciones de enfermería que proporciona al paciente. durante la estadía hospitalaria (34).

Complicaciones o riesgos del SOAPIE, como son la letra ilegible, falla en la anotación y ausencia de actividades efectuadas y eventos significativos y pérdida del expediente (34).

Según Fernández S. Ruidiaz K. Del Toro M. en la revista de Salud mencionan que las notas de enfermería, son un instrumento útil que refleja de manera escrita la acción de atender; se describe como la exposición escrita, clara, exacta, minuciosa y organizada de los datos y saberes tanto individuales como familiares que conciernen a un individuo, por lo cual se interpreta como la anotación escrita de la acción de cuidado en la historia médica (35).

Sus objetivos es resguardar los derechos legales del individuo y la organización; emplear como cimiento para análisis, investigación y valoración de la excelencia de la atención otorgada al individuo; ofrecer un medio de intercambio entre los variados integrantes del equipo médico que aportan a la atención del individuo; actúa como prueba sobre la progresión de la enfermedad y avance del individuo; suministra datos para aplicaciones de investigación y enseñanza (36).

Entrega de Servicio es el período que dedica la enfermera(o) al concluir el ciclo para proporcionar reporte a la enfermera del turno siguiente sobre el desempeño, la condición de los pacientes y su progreso, así como del personal, recursos y cualquier otro suceso. La transición del servicio está integrada en la jornada de trabajo y se ajusta a lo establecido en el Artículo 17º del reglamento actual, el cual debe coincidir con lo consignado en las anotaciones de enfermería (37).

3.3. Definición de términos

La **Enfermería** según la OMS involucra la atención independiente y cooperativa de individuos de todas las etapas de la vida, individuos, grupos familiares y colectivos, ya sean enfermos o en buen estado de salud (17).

La **Historia Clínica** es un expediente o herramienta escrita en la que se registra de manera sistemática, organizada y minuciosa el relato de todo lo sucedido y verificaciones efectuadas por el doctor y especialistas de enfermería, durante la

atención de un paciente en una institución pública o privada desde su admisión hasta el instante de su salida por alta o fallecimiento (18).

Calidad es una expresión de tendencia en la actualidad, una noción instintiva que ha progresado con el ser humano, ya que desde su origen se valora por la labor bien realizada (19).

Son de calidad las notas de Enfermería cuando se emplea el formato SOAPIE, cuando no presenta borrones y/o enmendaduras, tiene letra legible, uso de tinta recomendada, evitar el uso de lápiz, así mismo el formato debe ser pulcro en su totalidad y para finalizar la firma y sello de la Enfermera de turno.

Contenido Clínico: La correcta administración y gestión de las historias clínicas contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes por ello todo profesional de Salud debe conocer de forma clara que es una historia clínica y que datos debe incluir. La Historia Clínica, independiente del formato que se utilice para almacenarla debe recoger una información mínima del paciente (21).

Precisión: Los registros de enfermería deben caracterizarse por su rigor descriptivo y relevancia clínica, plasmando de manera objetiva las condiciones del paciente, incluyendo sus requerimientos, complicaciones, potencialidades y restricciones funcionales. Es fundamental que las anotaciones reflejen únicamente observaciones verificables, abstrayéndose de interpretaciones personales o conjeturas no fundamentadas. (22).

Objetividad: la escritura debe ser clara, precisa y sin prejuicios, evitar subjetividades debido a opiniones personales o juicios de valor, sin embargo, es necesario incluir opiniones subjetivas de provenir de pacientes (23).

La **pertinencia** es la cualidad de algo de corresponderse totalmente con su contexto (24).

El cumplimiento es la acción y efecto de cumplir o cumplirse (25).

El Cumplimiento de las notas de enfermería incluye como mínimo el reporte de entrada con fecha, edad, género y un breve resumen de la situación del individuo

como los indicadores vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno), funciones orgánicas, condición global; también el progreso durante la estancia hospitalaria como apuntar los indicios y manifestaciones notables; documentar la terapia administrada y finalmente el nombre completo, firma, sello y número de colegiatura del profesional licenciada(o) de enfermería (26).

Formato de registros: el formato para las notas en este tipo de sistema es específico y estructurado siendo las siglas SOAPIE.

El formato de SOAPIE es usado para registrar los dilemas y requerimientos del individuo, así como también detallar las actuaciones y observaciones que lleva a cabo la profesional (27).

El SOAPIE, es un sistema organizado para la anotación y comprensión de los dilemas y requerimientos del paciente, además de las actividades y percepciones, asegurando la persistencia y fiabilidad en su cuidado (S: detalles subjetivos; O: detalles objetivos; A: evaluación o diagnóstico; P: programa de actuación; I: acción directa; E: revisión) (28).

Estructura: La presentación de los registros debe ajustarse a normas de redacción técnica, empleando terminología científica estandarizada que garantice su comprensión universal por el equipo multidisciplinario. Esto exige escritura impecable, libre de errores ortográficos y máxima legibilidad, utilizando exclusivamente abreviaturas convencionales validadas (como el formato SOAPIE) que agilicen la comunicación sin sacrificar precisión (29).

Legibilidad: La redacción debe garantizar comprensión inmediata por todos los profesionales involucrados en la atención. En documentos manuales, la escritura requiere nitidez absoluta, siguiendo los protocolos gráficos institucionales (como la distinción cromática entre turnos). Para formatos digitales, resulta crítico verificar minuciosamente la exactitud de los datos ingresados, asegurando que la información transmitida refleje fielmente la situación clínica (30).

Firma: Permitiendo el establecer responsables tanto de atención como de la información del registro (31).

Registro oportuno: Los registros de enfermería constituyen evidencia documental fundamental que refleja de manera integral las intervenciones profesionales realizadas, el tratamiento administrado y la evolución clínica del paciente. Según Potter, estos documentos deben reunir características esenciales como validez jurídica, confiabilidad técnica, utilidad práctica en la atención, adaptabilidad a diferentes contextos, claridad en su redacción y capacidad de ser cuantificados y evaluados sistemáticamente. Estos registros representan el instrumento clave para valorar no solo la competencia técnica del profesional, sino también su compromiso ético, humanitario y su nivel de responsabilidad en el ejercicio de la profesión.

La omisión en la documentación de los cuidados proporcionados implica no solo una falla profesional, sino también un incumplimiento legal y ético que cuestiona directamente la asunción de responsabilidad por parte del enfermero respecto a sus acciones clínicas y decisiones autónomas. Cada registro debe incorporar de manera exhaustiva toda la información relevante generada durante la jornada asistencial, sintetizando los procedimientos realizados y las observaciones clínicas significativas. Esta práctica adquiere especial relevancia por su implicación jurídica directa, sustentada en la Ley 27669 que regula el ejercicio profesional de enfermería (32)

Complicaciones o Riesgos del SOAPIE, como son la letra ilegible, falla en la anotación y ausencia de actividades efectuadas y eventos significativos y pérdida del expediente (34)

Según Fernández S. Ruidiaz K. Del Toro M. en la revista de Salud mencionan que las notas de enfermería; son un instrumento útil que refleja de manera escrita la acción de atender; se describe como la exposición escrita, clara, exacta, minuciosa y organizada de los datos y saberes tanto individuales como familiares que

conciernen a un individuo, por lo cual se interpreta como la anotación escrita de la acción de cuidado en la historia médica (35)

Entrega de Servicio, es el período que dedica la enfermera(o) al concluir el ciclo para proporcionar reporte al personal que la cubra acerca del desempeño, la condición de los pacientes y su progreso, así como del personal, recursos y cualquier otro suceso. La transición del servicio está integrada en la jornada de trabajo y se ajusta a lo establecido en el Artículo 17º del reglamento actual, el cual debe coincidir con lo consignado en las anotaciones de enfermería (37)

Marco Conceptual

- a) **Calidad:** La calidad en enfermería se refiere al nivel de excelencia en la prestación de cuidados que los profesionales de enfermería brindan a los pacientes, enfocándose en garantizar una atención segura, efectiva y centrada en el paciente.
- b) **Cumplimiento:** El cumplimiento en enfermería hace referencia a la adhesión y seguimiento de las normativas, protocolos, guías clínicas y estándares establecidos en la práctica de enfermería. Este concepto abarca la forma en que los profesionales de enfermería ejecutan sus funciones y responsabilidades conforme a las políticas institucionales, regulaciones de salud y principios éticos de la profesión.
- c) **Cumplimiento en el registro oportuno:** El cumplimiento en el registro oportuno en enfermería se refiere a la correcta y puntual documentación de las intervenciones, observaciones y cuidados brindados a los pacientes por el personal de enfermería. La oportunidad en el registro es clave para garantizar la continuidad de la atención, la toma de decisiones clínicas acertadas y la comunicación efectiva entre el equipo de salud. Un registro oportuno también tiene implicaciones legales y de seguridad del paciente.
- d) **Cumplimiento de formatos:** El cumplimiento de formatos en enfermería se refiere a la correcta y precisa utilización de los documentos estandarizados

que los profesionales de enfermería deben completar como parte de su práctica diaria. Estos formatos son esenciales para garantizar una documentación coherente y clara, lo que permite un cuidado de calidad, una comunicación efectiva entre los equipos de salud y un seguimiento adecuado del estado del paciente.

- e) **Cumplimiento de la legibilidad:** El cumplimiento de formatos en enfermería se refiere a la correcta y precisa utilización de los documentos estandarizados que los profesionales de enfermería deben completar como parte de su práctica diaria. Estos formatos son esenciales para garantizar una documentación coherente y clara, lo que permite un cuidado de calidad, una comunicación efectiva entre los equipos de salud y un seguimiento adecuado del estado del paciente.
- f) **Estructura de las notas de enfermería:** Las estructuras de las notas de enfermería permiten una documentación organizada, precisa y efectiva. Cada formato tiene su enfoque y propósito específico, y la elección del más adecuado dependerá del tipo de atención que se esté proporcionando, el entorno clínico y las políticas institucionales.
- g) **Notas de enfermería:** El cumplimiento de formatos en enfermería se refiere a la correcta y precisa utilización de los documentos estandarizados que los profesionales de enfermería deben completar como parte de su práctica diaria. Estos formatos son esenciales para garantizar una documentación coherente y clara, lo que permite un cuidado de calidad, una comunicación efectiva entre los equipos de salud y un seguimiento adecuado del estado del paciente.

IV. Metodología

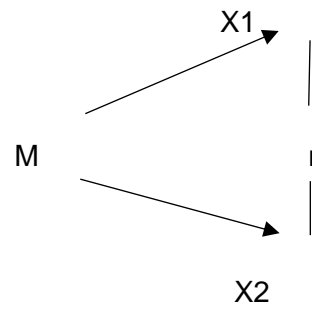
4.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo: La investigación fue descriptiva porque se caracterizará por su aporte en su capacidad de generar conocimientos que pueda ser directamente aplicados en la relación directa que se pueda dar en la calidad y cumplimiento en las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco, permitiendo tener criterios para abordar un problemas específicos en el ámbito de la atención médica y al tener el potencial de mejorar la práctica clínica y la calidad de la atención al paciente.

Nivel: La investigación es de nivel correlacional, ya que nos permitirá relacionar la variable calidad con la variable cumplimiento en las notas de enfermería (38).

Diseño de investigación: La investigación tiene un diseño no experimental ya que implica no manipular las variables de investigación, más al contrario observar tal y como se presentan sin necesidad de intervenir tanto en la calidad como en el cumplimiento, también será transversal ya que se intervendrá con el estudio en un determinado periodo y tiempo (38).

Esquema:



M: Muestra

X1: Calidad de las notas de enfermería

X2: Cumplimiento de las notas de enfermería

r: Relación

4.2. **Ámbito temporal y espacial**

- Espacial: El siguiente trabajo de investigación se realizó en el servicio de Emergencia del hospital Regional – Cusco.
- Temporal: Se propuso realizar la investigación durante 3 mes.
- Social: La investigación se le realizó a todo el profesional de salud Licenciadas (os) en enfermería que labora en el servicio de Emergencia del hospital Regional de Cusco.

4.3. **Población y muestra**

Población: La población de este estudio estuvo conformada por un total de 2355 historias clínicas de pacientes atendidos en los meses de junio a agosto en el servicio de Emergencia y están debidamente registrados en el área los registros de atenciones de dicho servicio (cuaderno de CENSO) del año 2024.

Criterios de Inclusión:

- **Historias clínicas completas:** Solo se incluyó las historias clínicas que estén completas y contengan todas las notas de enfermería requeridas.

- **Periodo de estudio:** Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Emergencia entre junio y agosto de 2024.
- **Notas de enfermería:** Historias clínicas que contengan notas de enfermería realizadas por personal Licenciadas(os) de enfermería.
- **Accesibilidad:** Historias clínicas que estén disponibles y accesibles para revisión y análisis.
- **Consentimiento:** Historias clínicas de pacientes que hayan dado su consentimiento para el uso de sus datos con fines de investigación, si aplica.

Criterios de Exclusión:

- **Fuera del periodo de estudio:** Historias clínicas de pacientes atendidos fuera del periodo de junio a agosto de 2024.
- **Notas de enfermería no realizadas por personal registrado:** Historias clínicas que contengan notas de enfermería realizadas por personal no registrado o en formación.
- **Acceso restringido:** Historias clínicas que no estén disponibles o accesibles para revisión y análisis.

Muestra: Para obtener la muestra se aplicó la fórmula para población finita ya que contamos con 2355 historias registradas en el servicio de Emergencia que se obtuvo del cuaderno de CENSO y obtener el tamaño de la muestra de la siguiente manera. Para calcular el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95%, podemos usar la fórmula para el tamaño de la muestra de una población finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

(n) = tamaño de la muestra

(N) = tamaño de la población (2355 historias clínicas)

(Z) = valor Z correspondiente al nivel de confianza

(para el 95%, Z = 1.96)

(p) = proporción esperada (si no se conoce, se suele usar 0.5 para maximizar el tamaño de la muestra)

(e) = error de estimación (5 % = 0.05)

Finalmente:

$$n = \frac{2260.59}{5.885 + 0.9604} = \frac{2260.59}{6.8454} = 331$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra necesario es aproximadamente 331 historias clínicas específicamente las notas de enfermería.

4.4. Instrumentos

Para la adquisición o desarrollo del instrumento, se tomaron como base los lineamientos establecidos en la norma técnica de auditoría de calidad en la atención sanitaria. En cuanto a la variable "Calidad de las Notas de Enfermería", se implementará una guía de observación estructurada con 9 ítems, diseñada específicamente para evaluar de manera detallada y efectiva la calidad de las notas de enfermería generadas en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco.

Cada ítem será analizado y valorado mediante una escala ordinal, que clasifica las respuestas en tres niveles: "No registra", "Registro incompleto" y "Registro completo". La evaluación considerará diversas dimensiones del contenido clínico de cada ítem, garantizando precisión, objetividad y pertinencia.

Al finalizar el proceso, se sumarán los puntajes obtenidos y se realizará una clasificación que determinará la calidad global de las notas de enfermería. (Ver Anexo 3).

Para poder realizar la adquisición o el desarrollo del instrumento necesario, se sustentó en los lineamientos que han sido establecidos por la norma técnica pertinente a la salud, la cual regula de manera específica la auditoría de la calidad en el ámbito de la atención sanitaria. En lo que respecta a la variable que hace referencia a la Calidad de las notas de enfermería, se llevará a cabo la implementación de una guía de observación que ha sido elaborada de manera meticulosa, la cual está conformada por un total de 9 ítems que se consideran esenciales para la evaluación. Esta guía ha sido elaborada de manera meticulosa y con un enfoque específico que tiene como objetivo principal realizar una evaluación exhaustiva y efectiva de la calidad de las notas de enfermería que se generan en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco. Cada uno de los elementos que se incluye en el proceso de evaluación será sometido a un análisis cuidadoso y a una valoración utilizando una escala de tipo Likert. Esta escala permite clasificar las respuestas en diversos niveles, que abarcan opciones tales como "satisfactorio", "por mejorar" y "deficiente", facilitando así una interpretación más clara y estructurada de los resultados obtenidos en la evaluación. Este proceso de evaluación se llevará a cabo considerando las diferentes dimensiones que abarcan el contenido clínico que se encuentra en cada uno de los ítems que serán analizados. Se tomarán en cuenta factores como la precisión, la objetividad y la pertinencia del contenido evaluado. Una vez que se haya completado todo el proceso de evaluación, se procederá a calcular la suma total de todos los puntos que se hayan acumulado a lo largo de este. Posteriormente, se realizará una clasificación que permitirá determinar y establecer la calidad de las notas que se han obtenido como resultado de este proceso.

4.5. Procedimientos

El procesamiento estadístico de los registros clínicos es de suma importancia para poder llevar a cabo una evaluación exhaustiva de la calidad y el grado de cumplimiento de las anotaciones realizadas por el personal de enfermería en el área de Emergencias del hospital Regional del Cusco durante el año 2024. Mediante un

exhaustivo y meticuloso análisis de los datos que han sido cuidadosamente recopilados, es posible discernir tendencias significativas, detectar áreas que requieren mejoras y evaluar de manera precisa el impacto que tiene la práctica profesional de la enfermería en la calidad de la atención brindada al paciente.

- Evaluar la calidad de las notas de enfermería en función de criterios preestablecidos (completitud, claridad, precisión).
- Determinar el cumplimiento de protocolos y normativas en la documentación.
- Identificar áreas específicas donde se necesita mejorar la práctica de enfermería.
- La recolección de datos implica obtener las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia durante un periodo específico (por ejemplo, durante el año 2024). Los datos a recopilar pueden incluir:
 - Información demográfica de los pacientes (edad, sexo, diagnóstico).
 - Detalles de la atención brindada (tipo de intervención, medicamentos administrados).
 - Notas de enfermería y su cumplimiento con los estándares establecidos (porcentaje de notas completas, legibles y oportunas).

4.6. Análisis de datos

Una vez que se han recopilado las historias clínicas, los datos deben ser codificados y organizados en un formato adecuado para el análisis estadístico. Esto puede incluir:

- Creación de un base de datos en software estadístico (como SPSS, R o Excel).
- Codificación de variables (por ejemplo, uso de escalas numéricas para evaluar la calidad de las notas)
- Validación de datos para asegurarse de que sean precisos.

- Para explorar la relación entre la calidad de las notas de enfermería y otros factores, como el número de pacientes atendidos o la gravedad de los casos, se puede utilizar el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.
- Identificación de patrones y tendencias en la calidad de las notas de enfermería.
- Evaluación del cumplimiento de los estándares establecidos y su impacto en la atención al paciente.
- Discusión sobre las implicaciones de los hallazgos y recomendaciones para la mejora continua en la práctica de enfermería.

4.7. Consideraciones éticas

Los componentes éticos relacionados con la calidad y el cumplimiento de la documentación de enfermería en el servicio de Emergencia son de suma importancia, ya que juegan un papel crucial en la garantía de una atención médica que no solo sea segura, sino también altamente eficaz para todos los pacientes que requieren asistencia urgente. Los principios éticos que deben servir como guía fundamental en la práctica de la enfermería, así como en la adecuada documentación dentro de este entorno que puede ser crítico y desafiante, incluyen aspectos esenciales como la responsabilidad profesional, que implica un compromiso serio con las obligaciones del rol; la veracidad, que aboga por la importancia de la honestidad en cada interacción; la colaboración en equipo, que fomenta un ambiente de trabajo conjunto entre profesionales de la salud; la educación continua, que resalta la necesidad de mantenerse actualizado en conocimientos y habilidades; y la defensa del paciente, que se centra en abogar por los derechos y necesidades de aquellos que están bajo nuestro cuidado. La adherencia a estos principios no solo contribuye de manera significativa a la mejora de la atención proporcionada a los pacientes, sino que también juega un papel fundamental en el fortalecimiento de la confianza que los ciudadanos tienen en el sistema de salud en su conjunto.

V. Resultados y discusión

5.1. Resultados

Tabla 02

Contenido clínico

	<i>f</i>	<i>%</i>
No registra	0	0%
Registro incompleto	33	10,0%
Registro completo	298	90,0%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

A partir del análisis de la tabla 2, el 90% de los registros contienen la información mínima requerida del paciente, lo que indica que la mayoría de los profesionales de enfermería cumplen con la consignación de datos en las notas de enfermería. Sin embargo, un 10% de los registros aún presenta información incompleta, lo que puede afectar la continuidad del cuidado y generar vacíos en la toma de decisiones clínicas. Aunque este porcentaje pueda parecer bajo, su impacto en la seguridad del paciente puede ser significativo, ya que la ausencia de datos esenciales dificulta el seguimiento adecuado de su evolución, quedando no registra con un 0%.

Tabla 03*Precisión*

	<i>f</i>	%
No registra	0	0%
Registro incompleto	73	22,1%
Registro completo	258	77,9%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

En cuanto a la precisión, acorde a la tabla 3, los resultados muestran que el 77.9% de los registros cumplen con este criterio, reflejando de manera adecuada las necesidades, problemas y limitaciones del paciente. No obstante, un 22.1% de los registros son incompletos, lo que sugiere la existencia de documentación ambigua o insuficiente. Esto representa un riesgo importante, pues la falta de precisión en la consignación de información puede comprometer la calidad de los cuidados de enfermería, ya que “lo que no está escrito, no está hecho”. La imprecisión en los registros puede deberse a la falta de tiempo, desconocimiento sobre la importancia de una documentación rigurosa o una percepción errónea de que ciertos datos no son relevantes, quedando no registra con un 0%.

Tabla 04*Objetividad*

	<i>F</i>	%
No registra	12	3,6%
Registro incompleto	315	95,2%
Registro completo	4	1,2%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

En la tabla 4, se aprecia uno de los hallazgos más preocupantes: el nivel de objetividad en los registros; ya que el 95.2% presenta información incompleta en este aspecto. Esto indica que la mayoría de las notas de enfermería no documentan los hechos de manera objetiva, sino que podrían incluir juicios de valor, interpretaciones subjetivas o información insuficiente. Además, se detecta que el 3.6% de los registros ni siquiera contienen información en este apartado, lo que implica que algunos profesionales omiten por completo la consignación de datos relevantes sobre el comportamiento del paciente. Solo el 1.2% de los registros cumplen con el criterio de objetividad, lo que refleja una grave deficiencia en la manera en que se documenta la información en el servicio de emergencia. La falta de objetividad en las notas de enfermería puede generar interpretaciones erróneas, dificultando la continuidad del cuidado y afectando la calidad de la atención.

Tabla 05*Pertinencia*

	<i>f</i>	%
No registra	0	0%
Registro incompleto	216	65,3%
Registro completo	115	34,7%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

Por otro lado, de la tabla 5, se evidencia que la pertinencia en la documentación también es un aspecto deficiente, ya que el 65.3% de los registros no se corresponde totalmente con el contexto clínico del paciente. Esto sugiere que, en muchos casos, la información consignada no está alineada con la situación real

del paciente o que se utilizan datos genéricos en lugar de reflejar su estado de salud de manera específica. Solo el 34.7% de los registros cumplen con este criterio, lo que indica que es necesario reforzar la importancia de documentar información que sea completamente relevante para el estado y evolución del paciente, quedando no registra con un 0%.

Tabla 06

Cumplimiento en el registro del formato y estructura

	<i>f</i>	<i>%</i>
No registra	27	8,2%
Registro incompleto	83	25,1%
Registro completo	221	66,7%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

En la tabla 7 en relación con la dimensión formato y la estructura, se observa que el 66.8% de los registros cumplen con este criterio, lo que indica que la mayoría de las notas de enfermería siguen un esquema organizado y estructurado, posiblemente alineado con el modelo SOAPIE. Sin embargo, un 25.1% presenta información incompleta, lo que sugiere que, en ciertos casos, no se documentan todas las secciones requeridas de manera adecuada. Además, un 8.2% de los registros no incluyen ningún dato relacionado con el formato y la estructura, lo que podría representar una omisión importante en la documentación clínica.

Tabla 07*Cumplimiento de secciones completadas*

	<i>f</i>	<i>%</i>
No registra	1	0,3%
Registro incompleto	195	58,9%
Registro completo	135	40,8%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

De la tabla 8 en cuanto a las observaciones de las secciones completadas dentro de los registros, se evidencia que solo el 40.8% de las notas cumplen con este criterio, mientras que el 58.9% presenta información incompleta. Este hallazgo es preocupante, ya que una historia clínica bien documentada debe contener todos los apartados necesarios para garantizar la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. Aunque la ausencia total de registros en este aspecto es mínima (0.3%), el alto porcentaje de notas incompletas sugiere la necesidad de mejorar la adherencia a los lineamientos de documentación.

Tabla 08*Cumplimiento de legibilidad*

	<i>f</i>	<i>%</i>
No registra	2	0,6%
Registro incompleto	310	93,7%
Registro completo	19	5,7%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

De la tabla se entiende que, uno de los aspectos más críticos identificados en la investigación es la legibilidad de las notas de enfermería. Se encontró que el 93.7% de los registros son incompletos en términos de legibilidad, lo que implica que la caligrafía o digitación en la mayoría de los casos no es clara ni comprensible para el equipo de salud. Solo el 5.7% de los registros son completamente legibles, lo que plantea un problema significativo en la interpretación de la información y podría afectar la seguridad del paciente. Una escritura ilegible puede dar lugar a errores en la administración de tratamientos o en la toma de decisiones clínicas, lo que resalta la importancia de reforzar este aspecto en la práctica profesional.

Tabla 09

Cumplimiento de firma

	<i>f</i>	<i>%</i>
No registra	1	0,3%
Registro incompleto	20	6,0%
Registro completo	310	93,7%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

De la tabla 10 se observa que el cumplimiento en la firma de los registros presenta una situación más favorable, ya que el 93.7% de las notas contienen la firma del profesional de enfermería, asegurando la responsabilidad sobre la información consignada. Sin embargo, un 6% de los registros son incompletos en este aspecto, lo que indica que en algunos casos la firma no es clara o está ausente. Además, aunque en menor proporción, un 0.3% de los registros no contiene firma alguna, lo que representa un riesgo legal y ético, ya que la firma es un requisito fundamental para validar la autenticidad del registro y la responsabilidad del profesional que lo realiza.

Tabla 10*Registro oportuno*

	<i>f</i>	%
No registra	1	0,3%
Registro incompleto	278	84,0%
Registro completo	52	15,7%
Total	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

El registro oportuno es otro aspecto en el que se han identificado deficiencias. Se encontró que el 84% de los registros son incompletos en este sentido, lo que sugiere que la documentación no se realiza en el momento adecuado o que la información no se consigna de manera inmediata tras la atención al paciente. Solo el 15.7% de los registros cumplen con este criterio, lo que indica que la mayoría de las notas de enfermería no reflejan de manera exacta la secuencia temporal de los cuidados brindados. Esto representa una falla importante, ya que la oportunidad en la documentación es clave para garantizar la trazabilidad de la atención y evitar errores en la continuidad del cuidado.

Tabla 11*Niveles de calidad y cumplimiento de notas de enfermería*

	Calidad de las notas de enfermería		Cumplimiento de notas de enfermería	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No registra	0	0%	0	0%
Registro incompleto	221	66,8%	167	50,5%
Registro completo	110	33,2%	164	49,5%
Total	331	100,0%	331	100,0%

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.**Interpretación:**

En cuanto a una valoración general de la calidad de las notas de enfermería, se evidencia que el 66.8% de las notas de enfermería presentan información incompleta, lo que representa una gran debilidad en la documentación clínica. Esta deficiencia podría deberse a diversos factores, como la sobrecarga laboral, la falta de supervisión o la carencia de formación sobre la importancia del registro adecuado. Solo el 33.2% de los registros cumplen con los criterios de calidad establecidos, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias para mejorar la documentación en la atención de emergencia, quedando no registra con un 0%.

Seguidamente, al evaluar el nivel general de cumplimiento de notas de enfermería, se observa que el 50.5% de las notas presentan información incompleta, mientras que solo el 49.5% cumplen con los criterios establecidos. Este resultado indica que, aunque existe un avance en la documentación de las notas de enfermería, aún persisten fallas importantes que deben ser abordadas. La implementación de estrategias para mejorar la estructura, legibilidad y oportunidad en el registro podría

contribuir significativamente a elevar la calidad de la documentación y, en consecuencia, mejorar la seguridad y continuidad de la atención de los pacientes, quedando no registra con un 0%.

Tabla 12

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Gl	Sig.
Calidad de notas de enfermería	,427	331	,000
(Variable)			
contenido clínico	,530	331	,000
Precisión	,482	331	,000
Objetividad	,508	331	,000
Pertinencia	,419	331	,000
Cumplimiento de notas	,343	331	,000
enfermería (Variable)			
Registro oportuno	,504	331	,000
Legibilidad	,525	331	,000
Secciones completadas	,384	331	,000
Formato y estructura	,409	331	,000
Firma	,537	331	,000

Nota. Datos obtenidos de la muestra evaluada.

Interpretación:

De la prueba de normalidad (Kolmogorov Smirnov- KMS), se observa que tanto para las variables como para sus respectivas dimensiones tienen una significancia menor a 0,05, por lo que se entiende que la distribución de

los datos no sigue la normalidad, por lo que para la comprobación de las hipótesis de investigación se hizo uso de pruebas no paramétricas.

Comprobación hipótesis general

Se tuvo como objetivo general determinar cómo se relaciona la calidad y el cumplimiento de las notas de enfermería en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco en 2024. Para eso se usó la prueba estadística de Rho de Spearman al 0.05 de significancia.

Fueron dos los supuestos a contrastar, por un lado, estaba la posibilidad de que entre la calidad de notas de enfermería y el cumplimiento de notas de enfermería exista relación estadísticamente significativa (Hipótesis alterna) o la nulidad de dicha (Hipótesis nula).

Tabla 13

Relación entre calidad de notas de enfermería y cumplimiento de notas de enfermería

		Calidad de notas		
			de enfermería	Cumplimiento
			(Variable)	total
Rho de	Calidad de notas	Coeficiente	1,000	,263**
Spearman	de enfermería	de correlación		
	(Variable)	Sig. (bilateral)	.	,000
		N	331	331
	Cumplimiento total	Coeficiente	,263**	1,000
		de correlación		
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	331	331

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De la tabla 14, se aprecia la relación entre la calidad de las notas de enfermería y el cumplimiento de las notas de enfermería. Se observa un coeficiente de correlación de 0.263 y un p-valor de 0.000. Esto significa que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la calidad de las notas de enfermería con el nivel de cumplimiento de las notas con las normativas establecidas. En el contexto hospitalario, este resultado enfatiza que cuando la documentación es más detallada y precisa, se cumplen mejor los estándares administrativos y clínicos, lo que refuerza la seguridad del paciente y la responsabilidad profesional.

Comprobación de la primera hipótesis específica

Como primer objetivo específico se buscó ver la relación entre la calidad de notas de enfermería y la dimensión formato y estructura.

Tabla14

Relación entre calidad de contenido y formato y estructura

		Calidad de notas		
			de enfermería	Formato y
			(Variable)	estructura
Rho de	Calidad de notas	Coeficiente de	1,000	,184**
Spearman	de enfermería	correlación		
	(Variable)	Sig. (bilateral)	.	,001
		N	331	331
	Formato y	Coeficiente de	,184**	1,000
	estructura	correlación		
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	331	331

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De la tabla 15, se observa una correlación positiva entre la calidad de notas de enfermería con el formato y estructura del registro, con un coeficiente de 0.184 y una significancia de 0.001. Este hallazgo resalta la importancia de la correcta aplicación del formato SOAPIE en la redacción de las notas de enfermería. Al tratarse de un esquema estructurado diseñado para registrar de manera organizada los datos subjetivos, objetivos, análisis, planificación, intervención y evaluación, su uso adecuado contribuye a una documentación más clara y comprensible para el equipo de salud, lo que facilita la continuidad del cuidado o viceversa, en este caso en particular, la tendencia que se evidencia es favorable ya que a medida que se haga un mejor registro mejor será la calidad de las notas de enfermería.

Comprobación de la segunda hipótesis específica

Como cuarto objetivo específico se buscó ver la relación entre la calidad de las notas de enfermería y la dimensión secciones completadas.

Tabla 15*Relación entre calidad de notas de enfermería y las secciones completadas*

		Calidad de notas		
		de enfermería	Secciones	
		(Variable)	completadas	
Rho de Spearman	Calidad de notas de enfermería (Variable)	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 331	0.225** 0,000 331
	Secciones completadas	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0.225** 0,000 331	1,000 . 331

Interpretación:

En el caso de la tabla 16, se observa la existencia de una relación significativa entre la dimensión secciones completadas y la calidad de notas de enfermería ($p=0,000$), observándose también un coeficiente de correlación de 0,225, el mismo que indica una relación positiva o directamente proporcional entre las mencionadas categorías. Es decir, a medida que se perciba una mejor calidad de notas de enfermería o un progreso cualitativo en el contenido de los registros, también se va a poder identificar mayor cantidad de secciones completadas; sin embargo, a razón del coeficiente que es relativamente de una intensidad baja, se debe comprender que la sola presencia de secciones completadas no asegura una alta calidad de las notas de enfermería, o viceversa.

Comprobación de la tercera hipótesis específica

Como tercer objetivo específico se buscó ver la relación entre la calidad de notas de enfermería y la dimensión legibilidad.

Tabla 16

Relación entre calidad de notas de enfermería y legibilidad

		Calidad de notas de enfermería (Variable)		
				Legibilidad
Rho de	Calidad de notas	Coefficiente de	1,000	,348**
Spearman	de enfermería	correlación		
	(Variable)	Sig. (bilateral)	.	,000
		N	331	331
	Legibilidad	Coefficiente de	,348**	1,000
		correlación		
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	331	331

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

El coeficiente de correlación más alto dentro del estudio se encontró entre la calidad de notas de enfermería y la legibilidad, con un valor de 0.348 y una significancia de 0.000. Esto significa que la relación entre estos dos aspectos es bastante fuerte y altamente significativa. En otras palabras, cuanto más legible es la escritura en las notas de enfermería, mayor es la calidad del contenido registrado. Este resultado destaca la necesidad de que las notas sean redactadas de manera clara y sin errores, utilizando la caligrafía adecuada, evitando tachaduras y respetando los lineamientos del hospital sobre el uso de colores de tinta. La legibilidad es un aspecto fundamental en la documentación clínica, ya que facilita la

lectura e interpretación de la información por parte del personal de salud, reduciendo el riesgo de malentendidos o errores en la atención del paciente.

Comprobación de la cuarta hipótesis específica

Seguidamente se tiene la relación entre la calidad de notas de enfermería y la presencia adecuada de la firma.

Tabla 17

Relación entre calidad de notas de enfermería y la firma

		Calidad de notas de enfermería (Variable)		
		Firma		
Rho de Spearman	Calidad de notas de enfermería (Variable)	Coeficiente de correlación	1,000	,052
		Sig. (bilateral)	.	,341
		N	331	331
	Firma	Coeficiente de correlación	,052	1,000
		Sig. (bilateral)	,341	.
		N	331	331

Interpretación:

En el caso de la tabla 18, no se halló una relación estadísticamente significativa entre la calidad de notas de enfermería y la firma en las notas de enfermería, con un coeficiente de 0.052 y un p-valor de 0.341. Esto indica que, aunque la firma es un requisito obligatorio que certifica la autoría de la documentación, su presencia no necesariamente influye en la calidad de la información registrada. Este resultado sugiere que la calidad de notas de enfermería

depende más de factores como la estructura, la legibilidad y la oportunidad en el registro, en lugar de la simple formalidad de la firma.

Comprobación de la quinta hipótesis específica

Como quinto objetivo específico se buscó ver la relación entre la calidad de las notas de enfermería y la dimensión registro oportuno.

Tabla 18

Relación entre calidad de notas de enfermería y registro oportuno

		Calidad de notas		
			de enfermería	Registro
			(Variable)	oportuno
Rho de Spearman	Calidad de notas de enfermería (Variable)	Coefficiente de correlación	1,000	,157**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	331	331
	Registro oportuno	Coefficiente de correlación	,157**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	331	331

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De la tabla 19, se tiene a otro aspecto importante para esta investigación, la cual es la correlación entre la calidad de notas de enfermería y el registro oportuno, con un coeficiente de 0.157 y una significancia de 0.004. Esto indica que cuando las notas son registradas en el momento oportuno y sin demoras, la calidad de la información mejora. En la práctica hospitalaria, esto es crucial, ya que un registro tardío puede generar inconsistencias en la evolución del paciente y aumentar el riesgo de errores en la atención.

4.2 Discusión de resultados

Los hallazgos obtenidos en esta investigación revelan una situación que, si bien muestra avances en algunos aspectos del registro de enfermería, aún presenta deficiencias considerables que se asemejan, pero también contrastan, con los antecedentes tanto nacionales como internacionales. Por ejemplo, el hecho de que el 90% de los registros contengan la información mínima requerida coincide con lo encontrado por Chacón (2018) (5). Quien señaló que los profesionales de enfermería cumplen generalmente con registrar los datos básicos del paciente (93,87%). Es decir, se da al momento de ingresar únicamente y pese a ello a veces no se logra completar con la totalidad de las pautas exigidas. Esta semejanza puede explicarse por el carácter obligatorio del llenado de los campos mínimos en los sistemas de registro clínico, ya que suelen estar estandarizados o exigidos para la validación de los expedientes. Sin embargo, la presencia de un 10% con información incompleta también refleja una realidad advertida por Saavedra (2022) (10). quien señaló que gran mayoría de los reportes evaluados presentan omisiones que afectaban directamente la continuidad del cuidado del usuario, así como su protección a nivel legal. La diferencia de magnitud podría deberse a variaciones en las cargas asistenciales y en el número de pacientes por profesional, siendo probablemente mayores en entornos urbanos o de alta complejidad como el hospital en estudio.

En cuanto a la precisión del contenido, este estudio muestra un 77.9% de cumplimiento, pero un preocupante 22.1% de registros imprecisos. Este resultado guarda similitud con lo descrito por Villegas (2019) (6), quien advirtió que la falta de precisión en las notas clínicas genera una percepción de informalidad en el cuidado sobre todo considerando que trabajan en el área de Cuidados Intensivos y Medicina Crítica, evidente en prácticamente todo el personal, también en las consideradas como expertas. Esta semejanza puede atribuirse a una limitada formación técnica en

redacción clínica precisa, algo común en varios contextos sanitarios tanto nacionales como en América Latina.

No es de olvidar que, uno de los aspectos más preocupantes es el nivel de objetividad, ya que el 95.2% de los registros presentan información incompleta o subjetiva. Por otro lado, esto contrasta a lo señalado por Chambilla (2021) (7), quien detectó que todos los indicadores se cumplen en lo que concierne a objetividad. La alta discrepancia podría explicarse por una deficiente capacitación en redacción clínica basada en observaciones objetivas en el hospital Regional del Cusco.

Sobre la pertinencia, el hallazgo de que solo el 34.7% de los registros se ajustan al contexto clínico del paciente refuerza lo dicho por Fuentes (2021) (8), quien observó que en muchos casos las enfermeras repetían frases genéricas que no aportaban información útil. Esta similitud puede deberse a la utilización de plantillas o frases predeterminadas en los registros, que si bien facilitan el trabajo, tienden a descontextualizar la situación clínica. Espinoza (2022) (13), también encontró que se usaban datos genéricos y sin personalización, esto quizá debido a que 32% de dicha muestra realizaba la tarea de registrar al finalizar el turno, 30% en cualquier momento lo cual compromete considerablemente la pertinencia de los datos consignados ya que no todo el mundo tiene una memoria prodigiosa.

En cuanto a la calidad global del contenido, este estudio reporta un 66.8% de registros incompletos, lo cual es consistente con lo mencionado por Barahona y Vega (2022) (9), quienes señalaron que la documentación clínica suele estar enfocada más en el cumplimiento administrativo que en una narración clínica precisa, ya que se da preferencia al registro de funciones vitales, y no tanto espacio a la narrativa propia del usuario/paciente. Esta distinción cualitativa también sugiere que existe una tendencia generalizada a ver el registro como una obligación legal y no como una herramienta real para el cuidado.

Respecto al formato y estructura, el cumplimiento del 66.8% es más alentador. Este dato guarda relación con lo reportado por Ttito (2019) (15), quien identificó que con la aplicación de capacitaciones acerca del uso del formato SOAPIE se facilitaba el orden y la lógica de los registros, pero pese a ello aún se evidenciaban errores en el personal. Sin embargo, el 25.1% con información incompleta y el 8.2% sin ningún tipo de estructura coincide con lo hallado por Noa (2019) (16), quien indicó que muchos profesionales, aunque conocían el formato, no lo aplicaban correctamente. Esto puede explicarse por una deficiente supervisión del cumplimiento formal y por la escasa capacitación continua en documentación clínica sobre todo en recientes graduadas en enfermería.

La legibilidad, se presentaba con un 93.7% de registros incompletos en este aspecto, es decir, en cierta medida hay la presencia de tachaduras, borrones y correctores que impiden una lectura clara y precisa de las notas, lo que resulta ser un punto crítico para la investigación. Esta problemática ya había sido señalada por Chambilla (2021) (7). Rodríguez (2022) (12), quienes apuntaron que la escritura desordenada o ilegible perjudica la interpretación clínica. La semejanza puede deberse al predominio de registros manuscritos en muchos servicios, así como a la falta de conciencia sobre el impacto que tiene la legibilidad en la seguridad del paciente. Además, la presión del tiempo y la falta de espacio físico para escribir adecuadamente contribuyen a esta problemática.

El registro oportuno, presente en la investigación con un 84% de incumplimiento, también genera preocupación. Situación que Villegas (2019) (6) y Espinoza (2022) (13), habían advertido que, en servicios de alta demanda como las emergencias, la documentación, en su registro oportuno no es de lo mejor que existe. Esta similitud podría explicarse por la naturaleza caótica y prioritaria de la atención en emergencias, donde se privilegia la acción directa sobre el registro. A diferencia

de otros entornos clínicos más estructurados, aquí el tiempo juega en contra de la documentación oportuna.

En cuanto al apartado inferencial, los resultados del análisis de correlación permiten entender con mayor profundidad la relación entre diferentes dimensiones de los registros de enfermería evaluados. La correlación más significativa se encontró entre la calidad de notas de enfermería y la legibilidad del registro ($r = 0.348$), lo cual indica una relación directa, a mayor legibilidad, mayor calidad del contenido. Esta relación es especialmente importante en el contexto clínico, donde la claridad del registro influye directamente en la interpretación y continuidad del cuidado. Coincide con lo reportado por Rodríguez (2021) (12), quien señaló que los registros ilegibles generan omisiones en la administración de medicamentos o duplicación de procedimientos. Esta correlación sugiere que la legibilidad no es solo una cuestión estética o formal, sino un componente esencial de la seguridad del paciente. Además, esta asociación podría explicarse por el cuidado y el tiempo que el profesional destina al momento de redactar, ya que un registro legible suele ser producto de una escritura consciente, pausada y estructurada, lo que se asocia con una mejor elaboración del contenido clínico. En cambio, registros apresurados, hechos al final del turno o sin atención a la presentación, tienden a ser pobres tanto en forma como en fondo.

Otra relación estadísticamente significativa fue la existente entre la calidad de notas de enfermería y el cumplimiento del formato normativo ($r = 0.263$). Este hallazgo sugiere que respetar una estructura preestablecida, como el formato SOAPIE, favorece la organización de ideas, la inclusión de los elementos esenciales del cuidado y, en consecuencia, una mayor calidad del registro. Este resultado guarda concordancia con lo hallado por Chacón (2018) (5) y Saavedra (2022) (10), quienes identificaron que cuando las instituciones capacitan en formatos estandarizados y supervisan su aplicación, se mejora la calidad de la información. No obstante, esta correlación moderada indica que, si bien el formato ayuda, no

garantiza por sí solo la calidad del contenido, ya que el profesional aún debe saber cómo usarlo correctamente y con juicio clínico.

En cambio, la correlación entre la calidad de notas de enfermería y la firma del profesional fue prácticamente nula ($r = 0.052$). Este dato es clave, porque refuerza la idea de que firmar un documento no implica haberlo realizado con calidad, sino simplemente cumplir con un requisito administrativo. Así lo señaló también Fuentes (2021) (8), quien advirtió que en que el cumplimiento mínimo en los registros era algo que se deba con normalidad, que cae por su propio peso, no necesariamente premeditado.

Finalmente, la baja correlación entre la calidad de notas de enfermería y el registro oportuno ($r = 0.103$) sugiere que, aunque el momento en que se documenta puede influir ligeramente, no es el factor determinante en la calidad de las notas de enfermería. Esto puede parecer contradictorio, ya que se esperaría que los registros hechos a tiempo sean más precisos. Sin embargo, esta débil relación puede explicarse por varios motivos: por un lado, algunos profesionales podrían registrar a tiempo, pero de forma superficial, mientras que otros lo hacen tarde, pero con más detalle. Además, en contextos de emergencia, la prioridad es la atención directa, y la documentación puede ser postergada sin necesariamente perder calidad si se hace con memoria fresca o apoyada por notas auxiliares. No obstante, como advirtió Villegas (2019) (6), registrar tardíamente o no tener la competencia suficiente puede llevar a omisiones involuntarias, por lo que el registro oportuno sigue siendo una dimensión crítica para la seguridad del paciente.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio permiten afirmar que los desafíos identificados en el servicio de emergencia son compartidos en diversos contextos, tanto dentro como fuera del país. Sin embargo, también se evidencian algunas diferencias en cuanto a magnitud y causas, las cuales pueden atribuirse a factores como el contexto geográfico, los niveles de formación del personal, la

disponibilidad de recursos y la cultura organizacional respecto al registro clínico. Estos contrastes deben ser considerados al momento de diseñar estrategias de mejora, reconociendo que el fortalecimiento del registro de enfermería no depende solo de la voluntad individual, sino también del soporte institucional y la formación continua.

VI. Conclusiones

Primera. El estudio realizado en el servicio de Emergencia del hospital Regional del Cusco durante el año 2024 demostró que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la calidad del contenido de las notas de enfermería y el cumplimiento de las normativas de registro ($Rho=0.263$; p -valor = 0.000). Este resultado indica que a medida que mejora la calidad de la documentación, también se incrementa el nivel de cumplimiento con los estándares establecidos, lo que contribuye a una atención más segura y organizada.

Segunda. En cuanto al formato y la estructura del registro, se evidenció una correlación positiva con la calidad del contenido, ($Rho=0,184$; $p=0,001$). Este hallazgo refuerza la relevancia del uso adecuado del formato SOAPIE, ya que una estructura organizada permite plasmar la información de manera clara y coherente, facilitando la comunicación entre profesionales de salud y la continuidad del cuidado del paciente.

Tercera. Respecto a la dimensión de registro oportuno, se identificó una correlación positiva con la calidad del contenido, ($Rho=0.157$; p -valor= 0.004). Esta relación sugiere que el registro inmediato o sin demoras mejora la precisión de la información documentada, minimizando el riesgo de omisiones o inconsistencias que puedan afectar la atención clínica.

Cuarta. En lo que respecta a la legibilidad de las notas, se encontró una relación significativa ($Rho=0.348$; p -valor= 0.000), con la calidad del contenido. Este resultado resalta la necesidad de mantener una caligrafía adecuada, sin errores ni tachaduras, ya que una buena legibilidad permite una interpretación más efectiva de la información clínica por parte del personal de salud.

Quinta. En relación con la firma de las notas de enfermería, se obtuvo un coeficiente de 0.052 y un p-valor de 0.341, lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre este elemento formal y la calidad del contenido registrado. Esto sugiere que la firma, si bien es un requisito obligatorio, no influye directamente en la calidad de la información, la cual depende en mayor medida de factores como la estructura, legibilidad y registro oportuno.

VII. Recomendaciones

Primera. Al gerente del hospital Regional del Cusco implementar programas permanentes de capacitación y supervisión en documentación clínica. Estas acciones deben estar orientadas a fortalecer las competencias del personal de enfermería en cuanto a redacción y cumplimiento normativo, así como establecer sistemas de monitoreo que permitan evaluar de manera continua la calidad del registro, garantizando una atención segura, estandarizada y centrada en el paciente.

Segunda. Al personal Licenciados(as) de enfermería reforzar el uso sistemático y correcto de este modelo estructurado en sus registros. El dominio del formato SOAPIE no solo facilita la organización del pensamiento clínico, sino que mejora la claridad de la información, promoviendo una comunicación efectiva entre profesionales y la continuidad del cuidado. La incorporación consciente de esta herramienta debe ser parte de la práctica diaria y del compromiso profesional con una atención de calidad.

Tercera. A futuros investigadores profundizar en los factores que favorecen o limitan la oportunidad en el registro de las notas de enfermería. Podrían explorarse variables como la carga laboral, la disponibilidad de recursos tecnológicos o la cultura organizacional, a fin de diseñar estrategias que optimicen los tiempos de registro y aseguren una documentación fiel al momento clínico vivido por el paciente.

Cuarta. Fortalecer las buenas prácticas de escritura al personal de enfermería. Esto incluye el uso de una caligrafía clara, sin errores, y el cumplimiento estricto de los lineamientos institucionales. La legibilidad no solo mejora la comprensión

de la información, sino que también contribuye a la seguridad del paciente al evitar errores por interpretaciones erróneas.

Quinta. A la gerencia institucional incorporar la evaluación de la calidad de las notas de enfermería dentro de los indicadores de gestión clínica del hospital. Para ello, sería conveniente establecer políticas internas que promuevan auditorías periódicas del registro de enfermería, así como incentivos orientados a reconocer y reforzar las buenas prácticas documentales. Esta estrategia fortalece la cultura organizacional basada en la seguridad del paciente, la responsabilidad profesional y la mejora continua de los procesos clínico-administrativos.

VIII. Referencias

1. Castillo R, Villa C, Costales B, Moreta J, Quinga G. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso (Ecuador - 2021). Polo del Conocimiento. 2021. 24(58):672-88. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>.
2. Soza C, Sánchez A, Díaz R. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. 2020. 14(1). Disponible en: REVISTA PERCEPCION DE ENFERMERIA 1988-348X-ene-14-1-e14112.pdf.
3. Idrogo A, Vásquez EDR. Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. Revista Científica de Enfermería.2020; 9(1). Disponible en:<https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/18>.
4. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, modificada por Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA. 2018 [citado 2025 Feb 6]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>.
5. Barahona A, Vega K. Cumplimiento de los registros de enfermería en mujeres preeclámpticas en un hospital de la ciudad de Guayaquil. [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería; 2022. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/19153/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-773.pdf>.
6. Chambilla M. Cumplimiento del registro de enfermería en la unidad de Ginecología, hospital Materno Infantil, Caja Nacional de salud La Paz, primer trimestre. [Tesis]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Enfermería, Unidad de Postgrado; 2021. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/28940>.
7. Fuentes L. Calidad de los registros de enfermería en base al S.O.A.P.I.E. de pacientes con ventilación mecánica en terapia intensiva, Hospital Rubén Zelaya. Yacuiba gestión 2018. [Tesis]. Yacuiba, Bolivia: Universidad Autónoma

“Juan Misael Saracho”, Dirección de Posgrado; 2021. Disponible en: <https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/64>.

8. Villegas S. Conocimiento de las profesionales en enfermería sobre el registro sistemático del S.O.A.P.I.E. de la Unidad de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos del Seguro Social Universitario La Paz del tercer trimestre del 2019. [Tesis]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica Unidad de Postgrado;2019. Disponible en <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/25032>.
9. Chacón S. Calidad de los reportes de enfermería basados en el método Soapie en el hospital alberto correa cornejo. Yaruqui, 2018. [Tesis]. Yaruqui: Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería;2020. Disponible en <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9830>.
10. Saavedra S. Auditoría de registro para estandarizar calidad de información de las notas de enfermería en los servicios de internamiento en un hospital peruano. Rev Salud Amazónica Bienestar. 2021;1(2):e346. Disponible en: <https://doi.org/10.51252/rsayb.v1i2.346>.
11. Zavala. Factores Relacionados Con Calidad De Los Registros De Enfermería (SOAPIE) En El Servicio De Pediatría Del Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2022. [Tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6798>.
12. Espinoza M. Factores que influyen en la calidad de las notas de evolución de enfermería en enfermeros de un Hospital de Ica, 2022. [Tesis]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de posgrado; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/102848>.
13. Rodriguez J. Calidad de las notas de enfermería de pacientes en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Sergio E. Bernales. enero junio 2019. [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstreticia y Enfermería; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/7047>.
14. Custodio JdR. Calidad en la Redacción de Notas de Enfermería y Factores Influyentes en su Elaboración- Hospital Regional Docente las Mercedes, 2018.

- [Tesis]. Lima: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/5666>.
15. Tito J. Factores que afectan la calidad en el llenado de notas de enfermería en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Alfredo Callo Rodríguez, Sicuani –Cusco 2019. [Tesis]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3798>.
 16. Noa Y. Nivel de conocimiento de profesionales de enfermería y calidad de los registros (SOAPIE) en el servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, 2019. [Tesis]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/3004>.
 17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermería y partería. [Online].; 2024.. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria>.
 18. OMS. Historia Clínica. [Online].; 2017.. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/93>.
 19. Serra J. Gestión de la calidad en el sistema de salud cubano. MEDISAN.. [Online].; 2016. Acceso 12 de 05 de 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500001.
 20. León M, Narváez N, Rojas R, Oruna G, Vela P, Cáceres C. Manual de supervisión de Enfermería. 1ra ed. Lima, Perú: Equipo de Enfermeros Supervisores. [Online].; 2019.. Disponible en: https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Enfermeria/2019/manual_supervision2019.pdf.
 21. IGALENO. Qué es una historia clínica y qué datos debe incluir. [Online].; 2022.. Disponible en: <https://www.igaleno.com/blog/que-es-historia-clinica/>.
 22. Rentería C, Avendaño M, Ramírez T, Colin L. Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del instrumento para los registros clínicos de enfermería. Rev Esp Med Quir. [Online].; 2011;16(2).. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30335>.

23. García S, Navío A, Valentín L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación n°28. [Online].; 2007.. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>.
24. Equipo editorial. Pertinencia. [Online].; 2022.. Disponible en: <https://concepto.de/pertinencia/>.
25. Diccionario Real Academia Española. cumplimiento. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://dle.rae.es/cumplimiento>.
26. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN. Aprobada por Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA. Lima: MINSA. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>.
27. Caceres J, Cusihuaman J, Paucar O. Factores relacionados a la calidad de los registros de enfermería (SOAPIE) en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Centra. [Tesis de Segunda Especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería. [Online].; 2015.. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/582>.
28. Ministerio de Salud. Manual de Indicadores Hospitalarios. [Online].; 2001.. Disponible en: <https://docplayer.es/9599127-Manual-de-indicadores-hospitalarios-peru-minsa-oge-01-004-serie-herramientas-metodologicas-en-epidemiologia-y-salud-publica.html>.
29. Flórez M, Álvarez L. Manual de procedimientos del Departamento de Traumatología y Ortopedia: trabajo de enfermería. [Online].; 2021.. Disponible en: https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/MAPRO_TRAUMAT_TRABAJO_ENFERMERIA.pdf.
30. Ministerio de Salud del Perú. Manual de supervisión de enfermería. Lima: Hospital San Juan de Lurigancho, Departamento de Enfermería. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/manualsupervision2019pdf/254818100>.
31. Potter P. Fundamentos de enfermería: teórico y práctico. 4ta ed. España: Mosby Doyma. [Online].; 2004..

32. Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669. Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú. D.L. 22315. Lima: Colegio de Enfermeros del Perú. [Online].; 2002.. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/prodlab/legislacion/Ley_27669.pdf.
33. Cáceres J, Cusihuamán J, Paucar O. Factores relacionados a la calidad de los registros de enfermería (SOAPIE) en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.[Tesis de diplomado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online].; 2015.. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/582>.
34. Flórez M, Álvarez L. Manual de procedimientos del Departamento de Traumatología y Ortopedia: trabajo de enfermería. Versión 3.0. Cusco, Perú. [Online].; 2021.. Disponible en: https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/MAPRO_TRAUMAT_TRABAJO_ENFERMERIA.pdf.
35. Fernández S, Ruydiaz K, Del Toro M. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Salud Uninorte. [Online].; 2016;32(2):337-345.. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81748361014>.
36. ESE. Hospital la Vega. Elaboración de Notas de Enfermería. (Colombia). Empresa Social del Estado Hospital de la Vega – Puesto de Salud de Nocaima. Mayo. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/PROTOCOLO-PARA-LA-ELABORACION-DE-NOTAS-DE-ENFERMERIA.pdf>.
37. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley de trabajo de la Enfermera(o) N°27669 dado en la Casa de Gobierno. [Online].; 2002.. Disponible en: https://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf.
38. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. Metodología de la Investigación. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>.

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos están resguardados en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes