

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

**REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO POR  
EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE, TACNA - 2024**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Lic. Elba Andrea Arias Flores**

**Lic. Yanet Chavez Aguilar**

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:  
CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**TACNA – PERÚ**

**2025**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JÓRGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

**REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO POR  
EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE, TACNA - 2024**

**TESIS**

**Presentada por:**

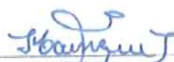
Lic. Elba Andrea Arias Flores

Lic. Yanet Chavez Aguilar

**Para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:**

Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente jurado:



Dra. Ingrid María Manrique Tejada  
Miembro



Mgr. Gladys Rosario Arratia Torres  
Miembro



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar  
Miembro



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar  
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar** en mi condición de asesor acreditado por la RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°195-2024-SEP-FACS/UNJBG, de la tesis titulada: **REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA – 2024**, presentado por la Lic. Elba Andrea Arias Flores – Lic. Yanet Chavez Aguilar, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 20 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis está de acuerdo a la **SIMILITUD BAJA: PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio Institucional.

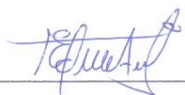
Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título.



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar

DNI: 09098305

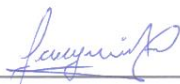
Asesora



Lic. Elba Andrea Arias Flores

DNI: 00514145

Tesista



Lic. Yanet Chavez Aguilar

DNI: 01338524

Tesista



## **DEDICATORIA**

A Dios, por su inagotable Amor a nosotras desde siempre, dándonos salud y fuerza para lograr este sueño.

Elba y Yanet

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestros padres por ser soporte y compañía permanente, modelos de paciencia, esfuerzo y valor constante para lograr el objetivo de esta segunda especialidad profesional de enfermería.

A la Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar  
Por su colaboración y confianza han sido fundamentales en este proceso, y siempre llevaremos con nosotras las enseñanzas y el respaldo que nos brindó.

Elba y Yanet

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO .....	2
1.1.    Fundamentos del problema .....	2
1.2.    Formulación del problema .....	10
1.3.    Objetivos.....	10
1.3.1.    Objetivo general .....	10
1.3.2.    Objetivos específicos.....	10
1.4.    Justificación .....	11
1.5.    Hipótesis.....	16
1.6.    Operacionalización de las variables .....	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	18
2.1. Antecedentes de la investigación .....	18
2.1.1. A nivel Internacional .....	18
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	20
2.1.3. Antecedentes locales .....	23
2.2. Bases teóricas .....	24
2.3. Definición conceptual de términos .....	53
CAPÍTULO III: METODOLÓGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	55
3.1. Método y Diseño de la Investigación .....	55
3.2. Población y muestra .....	55
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	57
3.4. Procedimiento de recolección de datos: .....	60
3.5. Procesamiento y análisis de datos .....	60
3.6. Consideraciones éticas.....	61
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS .....	62
4.1. Resultados.....	62
4.2. Discusión .....	72
CONCLUSIONES .....	87
RECOMENDACIONES.....	88

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
<b>ANEXOS</b> .....	98
Anexo N° 1 Lista de Cotejo.....	99
Anexo N° 2 Matriz de Consistencia .....	104
Anexo N° 3 Opinión Jueces de Expertos.....	106
Anexo N° 4 Validación de Instrumentos .....	114

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla N° 1</b> Registros enfermeros: en la fase de Valoración por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	63
<b>Tabla N° 2</b> Registros enfermeros: en la fase de Diagnóstico por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	65
<b>Tabla N° 3</b> Registros enfermeros: Diagnóstico enfermero: tipo y componentes por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	67
<b>Tabla N° 4</b> Registros enfermeros: la correspondencia de la valoración con el diagnóstico enfermero por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	70

## INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico N° 1</b> Registros enfermeros: en la fase de Valoración por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	64
<b>Gráfico N° 2</b> Registros enfermeros: en la fase de Diagnóstico por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	66
<b>Gráfico N° 3</b> Registros enfermeros: Diagnóstico enfermero: tipo y componentes por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	69
<b>Gráfico N° 4</b> Registros enfermeros: la correspondencia de la valoración con el diagnóstico enfermero por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, 2025	71

## RESUMEN

El **objetivo** del estudio fue analizar los registros enfermeros en valoración y diagnósticos por el profesional enfermero del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2025. **Metodología:** estudio descriptivo - cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal, basada en revisión documental. Para la recolección de datos se empleó una lista de cotejo validada por expertos. **Resultados:** Según la correspondencia entre valoración y diagnóstico presentan coherencia en los registros (58,67%). Y el cumplimiento de los registros en la fase valoración fue (62,67%). Y el diagnóstico más registrado fue: el enfocado al problema (80,67%), y en sus componentes: etiqueta, factor relacionado y características definitorias (99,17%) (69,42%) (80,99%); seguido del diagnóstico de riesgo (18%) y sus componentes etiqueta y factor de riesgo (100%) (51,81%). **Conclusión:** no todos los profesionales enfermeros registran coherentemente “*La correspondencia entre valoración y diagnóstico*”, lo que demuestra que aún existen deficiencias en los registros en la fase de valoración y en el diagnóstico: en el factor relacionado y en el factor de riesgo. Siendo la fase de valoración como la etapa más importante, pues de ella se deriva la coherencia del diagnóstico y consecuentemente la efectividad de la planificación de cuidados.

**Palabras clave:** Registros de enfermería; valoración de enfermería, diagnóstico de enfermería, profesional de enfermería.

## **ABSTRACT**

The objective of the study was to analyze the nursing records in assessment and diagnoses by the nursing professional of the emergency service of the Hipólito Unanue Hospital - Tacna, 2025. Methodology: descriptive - quantitative study, non-experimental cross-sectional design, based on documentary review. For data collection, a checklist validated by experts was used. Results: According to the correspondence between assessment and diagnosis, they present coherence in the records (58,67%). And the compliance of the records in the assessment phase was (62,67%). And the most recorded diagnosis was: problem-focused (80,67%), and in its components: label, related to and defining characteristics (99,17%) (69,42%) (80,99%); followed by the risk diagnosis (18%) and its components label and risk factor (100%) (51,81%). Concluding, not all nursing professionals consistently record "The correspondence between assessment and diagnosis," which demonstrates that there are still deficiencies in the records in the assessment and diagnosis phases: in the related factor and the risk factor. The assessment phase is the most important stage, as it determines the consistency of the diagnosis and, consequently, the effectiveness of care planning.

**Keywords:** Nursing records; nursing assessment, nursing diagnosis, nursing professional.

## INTRODUCCIÓN

El estudio de investigación titulado “Registros de enfermeros: Valoración y diagnóstico por el profesional enfermero del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2025”, tuvo como propósito: Analizar los registros enfermeros en valoración y diagnósticos por el profesional enfermero del servicio de emergencia de un hospital en Tacna. Se aplicó un instrumento de recolección de datos a través de una revisión documental de las historias clínicas de los registros de enfermería: valoración y diagnóstico de enfermería.

El uso adecuado de este proceso enfermero y, en particular, de la valoración de enfermería, ha demostrado ser un pilar fundamental para garantizar cuidados seguros, individualizados y basados en evidencia. La valoración sistemática permite identificar respuestas humanas ante problemas de salud y formular diagnósticos de enfermería precisos que guían el plan de cuidado (1).

Dentro del proceso enfermero, la valoración representa el primer paso y la base sobre la cual se construyen los diagnósticos de enfermería, los planes de cuidado y las intervenciones posteriores. Una valoración incompleta o

mal documentada no solo impide una comprensión real del estado del paciente, sino que también dificulta la selección adecuada de diagnósticos NANDA-I y la planificación de intervenciones efectivas (1,2).

El estudio de investigación, se encuentra organizado en capítulos: Primer capítulo conformado por el Planteamiento del problema; Segundo capítulo por el Marco teórico, el tercer capítulo conformado por la Metodología y el cuarto capítulo conformado por Resultados; terminando con las conclusiones, las recomendaciones, las referencias y anexos.

Se concluye: que, los registros enfermeros según la correspondencia entre la valoración y el diagnóstico enfermeros: Los registros tienen coherencia entre la valoración con el diagnóstico.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **1.1. Fundamentos del problema**

Los registros de enfermería cada día cobran mayor importancia constituyen la evidencia del cuidado al paciente que prestan las enfermeras en el proceso de su labor asistencial.

Siendo los pacientes el centro de su atención, en los registros de enfermería se plasma la unión de la teoría con la práctica en el actuar metodológico de las enfermeras respecto a las necesidades y/o problemas del paciente que demandan actividades de promoción en la salud, en prevenir la enfermedad e intervenciones de cuidado, es decir, las enfermeras al realizar los registros de enfermería delinean un camino: de hallar datos, de emitir un juicio, proyectar y llevar a cabo determinadas acciones y su efecto en la mejora del paciente.

Sin embargo, en los registros de enfermería aún existen carencias y /o deficiencias respecto, entre otros, a la precisión, la claridad de lo escrito que podrían dificultar la continuidad del cuidado, generar incomodidad en el paciente y/o al equipo de salud inmerso en la atención.

Según la OMS, menciona, que, los profesionales enfermeros por cada actividad asistencial realizada esta es registrada en la historia clínica del paciente, y este organismo destaca que, este registro es una herramienta necesaria y fundamental, ya que se registra en forma completa, escrita y exacta todos los hechos, necesidades y cuidados brindados hacia el paciente (3).

Los registros de enfermería evidencian aquellos cuidados brindados al paciente, además de ser un medio de comunicación entre los integrantes del equipo de salud, por lo tanto, sus registros correctos permiten garantizar la continuidad de los cuidados.

Sin embargo, diversos estudios han evidenciado dificultades en la práctica clínica diaria, especialmente en la calidad y profundidad de los registros realizados por el personal de enfermería (2).

En un estudio realizado a nivel internacional, en España, hallaron en muchas investigaciones que, la calidad de los registros clínicos son deficientes en la mayoría de las historias clínicas, evidenciándose incompletas, inconsistente e inexactas; evidenciándose además, que dichos escritos no podían leerse, además de presentar errores

ortográficos, y que se caracterizan estos registros por no contar con una información relevante , e intervenciones y respuestas de su evolución (4).

Así mismo, el estudio de Raya, D. (5), en Cuba menciona, que la continuidad e integridad de los cuidados son necesarios describirlos en el registro del enfermero (a) , considerados como documentos de carácter frecuente y de forma actual. Y en el estudio de Martillo, G (6), en Ecuador menciona que, la calidad de los registros enfermeros del servicio de medicina interna es regular en la totalidad de sus registros revisados.

En una auditoría realizada sobre los registros clínicos, se menciona que existe la necesidad de elevar esa calidad de los registros y que esta deberá ser de información relevante, necesaria y precisa, proporcionando datos confiables sobre la atención brindada a los pacientes , que garanticen la calidad de los cuidados brindados (7)..

Sin embargo muchos estudio realizados, mencionan que los registros enfermos no se realizan correctamente, evidenciándose anotaciones diversas sobre las actividades realizadas por el enfermero y que no

aplican en sus registros el método científico del Proceso de atención de enfermería (PAE), a pesar de la importancia de su aplicación; siendo reconocida esta metodología a nivel mundial, y que tiene como finalidad contribuir en la seguridad del paciente (8) .

En la normativa técnica del MINSA en Perú, menciona que las anotaciones de enfermería proporcionan datos e información relevante sobre la situación clínica del paciente desde el momento que ingresa en una entidad de salud y que son considerados estos registros como indicadores de calidad, y que el SOAPIE constituye un registro ordenado en forma lógica de la información obtenida del paciente, y está son registradas cronológicamente , y con una única finalidad de identificar los problemas y /o necesidades del paciente (7).

El quehacer de la enfermera se basa en aplicar el método científico, análogo a este método es el Proceso de atención de enfermería (PAE) lógico, ordenado y sistemático el cual consta de 05 etapas, de las cuales la valoración y el diagnóstico constituyen la primera y segunda etapa respectivamente.

La valoración que consiste en la percepción sensorial exhaustiva que realiza la enfermera acerca de las respuestas humanas del paciente frente a la enfermedad, aún no se visualiza a plenitud en los registros de enfermería, si bien se encuentra datos objetivos y subjetivos, no necesariamente estos están organizados para determinar el diagnóstico enfermero sobre el problema de salud del paciente.

Martínez (9), halló en sus resultados que, la calidad de los registros de enfermería fue de un nivel regular a nivel general (83,6%). Así mismo, en la dimensión de contenido el (83,6%) fue regular, caracterizándose por un inadecuado registro sobre los datos del paciente (72,7%).

Del mismo modo, el diagnóstico enfermero, que es una de las etapas del PAE después de la valoración, requiere del análisis e interpretación de los datos registrados, datos que, recogiendo la opinión de diversos autores, pocas veces son consistentes para establecer una correspondencia lógica con los diagnósticos registrados.

Schmidt, S. (10), menciona en su estudio sobre la calidad de los registros de enfermería que, existen problemas y puntos débiles en cuanto al contenido , en el proceso, en la estructura como en sus

resultados “no han alcanzado la comprensión y la aplicación de aquellos conceptos de las etapas de diagnóstico, de planificación , de ejecución y de evaluación ”.

Así Saavedra (11), menciona que, en su estudio de las anotaciones de enfermería, el 100% son tradicionales de carácter narrativo y que no sigue las etapas del S.O.A.P.I.E; sin embargo, el 99% no establece el diagnóstico enfermero. El modelo estandarizado fundamentado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC mostró el 76% de conformidad, según la norma técnica de gestión de la calidad de los registros de la historia clínica.

Reyes E, Matzumura, J; Gutiérrez, H. (12), en la evaluación de las historia clínicas del servicio de emergencia hallaron que, el 73, 8% de las historias tuvieron una calidad de registro “por mejorar”, siendo en las notas de enfermería y estudio clínico; los más bajos puntajes (20,3% y 62,0%) consideradas como “por mejorar”; es así que, más de las dos terceras partes de la historia clínica obtuvieron calidad de registro “ por mejorar”.

Purwandari, R., Kurniawan, D. y Kotimah, S. (13), en sus resultados del estudio de la calidad de los registros de enfermería obtuvo que, el

80,81% de los registros de enfermería tienen una calidad deficiente. Concluyendo que, los criterios de evaluación de la calidad de los registros deben considerarse en qué factores influyen esta disminución de la calidad de registros.

Figueira J., Corvalan P., Garrido M., et. al, (14), hallaron que, al evaluar la calidad del registro del Proceso Enfermero encontraron un en los diagnósticos enfermeros un bajo registro y sólo hallaron un cumplimiento del 8,11% de los documentos revisados.

Los registros enfermeros que realizan los profesionales enfermeros del servicio de emergencia, son escritos sobre los cuidados realizados en el paciente con prioridad 1 hasta prioridad 4; y se observa que los registros son realizados con una letra ilegible y que no guarda coherencia la valoración con el diagnóstico enfermero, lo que dificulta que la continuidad del cuidado se vea afectada en los pacientes.

El registro de enfermería es desarrollado bajo el sistema de SOAPIE o en la hoja de Proceso enfermero de cada paciente atendido en el área de emergencia.

Los registros de enfermería del servicio de emergencia son registradas por los profesionales enfermeros en las hojas del Proceso enfermero y en las hojas de admisión en la sección registro de enfermería con SOAPIE, en ellos, no se evidencian una coherencia entre la valoración con el diagnóstico enfermero; sin embargo, el profesional de enfermería realiza y registra sus intervenciones de acuerdo al motivo, problema o en función a los signos y síntomas que presenta el paciente, sin llegar a evidenciar en un diagnóstico enfermero el juicio clínico realizado.

Es importante rescatar que la experiencia de los enfermeros en el área clínica les permite que estos cuidados enfermeros contribuyan a la recuperación del paciente, así como es crucial y fundamental detectar a través de estos registros la falta de dominio de los enfermeros en realizar los diagnósticos enfermeros, a partir de la valoración; fenómeno susceptible de superar con capacitaciones, con contenidos específicos adecuándolos a sus habilidades ya conquistadas, considerando también sus debilidades e intereses para lograr el objetivo.

Esta realidad nos motiva en realizar la interrogante acerca de los Registros de enfermería en Valoración y diagnóstico.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existe correspondencia de la valoración y el diagnóstico enfermero por el profesional enfermero del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna - 2024?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

- Analizar en los registros enfermeros la correspondencia de la valoración con el diagnóstico enfermero realizado por el profesional enfermero del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue, Tacna - 2024.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Evaluar los registros enfermeros: en la fase de Valoración realizada por el profesional enfermero del servicio de emergencia.
- Evaluar en los registros enfermeros: en la fase de Diagnóstico realizado por el profesional enfermero del servicio de emergencia.

- Evaluar en los registros enfermeros: en la fase de Diagnóstico: tipo y componentes, realizado por el profesional enfermero del servicio de emergencia.

#### **1.4. Justificación**

El presente estudio de investigación es importante porque nos permitirá evaluar los registros que realizan los profesionales de enfermería en Valoración y diagnósticos enfermeros, además nos permitirá evidenciar si la valoración realizada es coherente con el diagnóstico enfermero, por los profesionales enfermeros del servicio de emergencia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), recalca la importancia de los registros de enfermería en el área asistencial, siendo parte de la historia clínica de toda persona hospitalizada, haciendo uso incluso en espacios normativos, legales, quedando evidenciada la responsabilidad del profesional enfermero en la atención de los pacientes, dado que una omisión o inexactitud en el registro de las acciones podría acarrear consecuencias no gratas en el ámbito personal o profesional, punto clave de la importancia de los registros. (15).

Al respecto, el Ministerio de Salud (MINSA) a través del manual de indicadores hospitalarios del 2001, establece que los registros de los diagnósticos de enfermería y su calidad constituyen indicadores del cuidado de enfermero así mismo reconoce la adhesión de las notas de enfermería al enfoque SOAPIE., son indicadores del Cuidado de Enfermería (16).

El artículo 24° del Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú establece lo siguiente: "Es responsabilidad de la enfermera(a) asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería". Y el artículo 28° indica que "los registros de enfermería deben ser claros, exactos, objetivos, sin modificaciones y llevados a cabo por la enfermera que proporciona el cuidado, debiendo documentar su identidad" (17).

La utilización del conocimiento las destrezas específicas el compromiso ético, el quehacer propio de los profesionales de enfermería se plasma en los registros clínicos, ello asegura que se ha brindado cuidados de alta calidad; siendo también documento de consulta para otras disciplinas, que intervienen en el plan de atención de los pacientes,

contribuyendo así a la toma de decisiones correctas, considerando que es un documento de carácter legal.

Por ello, es importante la realización correcta del registro y sobre todo de la primera fase que, es la Valoración y la más importante de todas las fases, si esta fase está mal realizada las siguientes fases también lo estarán, y no responderán a las necesidades de los pacientes, lo que perjudica a la planificación de cuidados y a sus intervenciones del enfermero (a).

Los registros clínicos constituyen un componente esencial en las historias clínicas y representan la evidencia escrita sobre los cuidados que brinda el profesional enfermero hacia el paciente. Son de gran importancia ya que garantizan la continuidad del cuidado, reflejan el cumplimiento del deber profesional, permiten evaluar la calidad del cuidado y constituyen una fuente de información para la investigación.

Los registros clínicos son un instrumento metodológico fundamentado en la evidencia científica, donde se documentan de manera organizada las situaciones de salud del paciente. Así mismo, son esenciales en el trabajo cotidiano, donde se respalda la ejecución de procedimientos, la

responsabilidad de ellos, el respaldo de las decisiones y actividades personales. Estos registros representan la relación entre el usuario y los servicios sanitarios, poseen validez científica y jurídica, por lo que deben ser comprendidos y llevados a cabo de manera adecuada, para que se transformen en recursos objetivos cuando se necesitan procesos de auditoría. El profesional enfermero es sujeto de derecho y, como tal, de obligaciones y de implicaciones legales. Si las acciones de enfermería no están adecuadamente documentadas, no son legibles o muestras tachaduras, no sirven como documento a un abogado defensor (18).

Los registros de enfermería son un componente esencial de la historia clínica, ya que detallan el estado presente del paciente, su progreso y las reacciones a los cuidados proporcionados. Esta escritura debe ser exacta y organizada, dado que representa la muestra de las pruebas del trabajo efectuado. De igual manera, son los documentos legales, por lo que es imprescindible robustecer su registro implementando el Proceso de Atención de Enfermería. Es importante destacar el aumento de problemas jurídicos a nivel de los profesionales sanitarios en los que las enfermeras están implicadas(19).

Los resultados de este estudio beneficiaran a los pacientes, ya que a través de registros correctamente realizados brindaran cuidados eficientes, seguros, oportunos y eficaces. Y beneficiará también en los profesionales enfermeros, porque a través de la identificación de la fase deficiente, se adoptará medidas para mejorarlo según la Metodología del Proceso de enfermería fortaleciendo el aprendizaje a través de una capacitación continua y mejorando la calidad de sus registros y el Plan de cuidados del paciente

## 1.5. Hipótesis

No hay hipótesis.

## 1.6. Operacionalización de las variables

**Variable única:** Registros enfermeros: Valoración y diagnósticos por el profesional enfermero

VARIABLE ÚNICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Registros enfermeros: Valoración y Diagnóstico	Son aquellas anotaciones realizadas en las hojas de enfermería por el profesional enfermero en cuanto a la Valoración y diagnóstico enfermero.	Valoración	Datos subjetivos	Cumplimiento de Registro en Valoración > 70%
			Datos objetivos	
			Datos históricos	
			Datos actuales	
		Diagnóstico	Tipos de diagnóstico	No cumple el Registro en valoración < 50%

			Componentes de un diagnóstico	Registro correcto según el tipo de diagnóstico: > 75% -100%  Registro incorrecto según el tipo de diagnóstico: < 74%
		Diagnóstico según la valoración	Selección de datos relevantes de la Valoración	Coherencia entre valoración y diagnóstico: $\geq 75\%$  Incoherencia entre valoración y diagnóstico de enfermería: < 74%
			Agrupamiento de los datos obtenidos de la Valoración.	
			Razonamiento deductivo según juicio clínico para la obtención del diagnóstico enfermero.	

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. A nivel Internacional

**Santos, I; Santos, J; Mendoza, E; Vega, M.** (20) , realizan el estudio sobre “Conocimiento científico y e implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería” en México 2021.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos científicos y de implicaciones legales del personal de enfermería y el nivel de cumplimiento de la calidad sobre su elaboración. **Método:** descriptivo transversal. **Resultados:** el 26,1% de los enfermeros presentaron en conocimientos científicos como buenos y el 28,3% en las implicaciones legales, no se encontró relación entre los diferentes tipos de conocimiento. Y el 80,4% no se evidencia el cumplimiento en la calidad. **Conclusión:** El nivel de conocimientos científicos y de implicación legal son deficientes, al igual que el nivel en el cumplimiento de la calidad del registro de enfermería.

**Torres–Gómez; D; Zurita-Barrón, M; Vicente-Ru, M; Hernández–Vicente, I.** (21), realizan el estudio sobre “ Indicadores de evaluación

de los registros clínicos de enfermería : Implementación de una herramienta tecnológica” en México 2023. **Objetivo:** Implementar una herramienta tecnológica para la evaluación de los registros clínicos de enfermería en seis áreas de atención en un hospital público. **Metodología:** enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y transversal. **Resultados:** En general cumplieron con el registro clínico el 81,2% con un estándar de regular calidad en todas las áreas de atención. Cumplieron con menor calidad la etiqueta diagnóstica con un 67%. La principal falla fue la omisión de datos al momento de documentar. **Conclusiones:** Los registros clínicos presentaron regular calidad en todas las áreas de atención en un hospital público de México.

**Castillo, R; Villa, C; Costales; B; Moreta, J; Quinga, G (22),** realiza el estudio sobre “El nivel de calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso” en Ecuador año 2021, cuyo **objetivo** de estudio fue determinar la calidad de los registros de enfermería de las historias clínicas de un hospital en Ecuador. **Metodología:** estudio descriptivo - retrospectivo de corte transversal. **Resultados:** el 100% de historias clínicas se evidencian registros carentes de información respecto a la valoración integral del paciente, de las respuestas humanas conforme a su evolución.

**Conclusión:** el 100% de los registros en las historias clínicas el nivel de calidad fue deficiente.

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**Morales, S y Roque, I.** (23), realizan el estudio sobre “El nivel de Conocimiento y Calidad del Registro de enfermería (SOAPIE) en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua”, 2022, cuyo **objetivo fue** determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la calidad de los registro de enfermería en el servicio de emergencia de un Hospital en Moquegua. **Método:** estudio de diseño no experimental, descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal. **Resultados:** El nivel de conocimiento de los registros el 52,5% fue de nivel alto y en la Calidad del registro el 53,5% fue buena. **Conclusión:** existe relación entre el nivel de conocimiento y la calidad de registros de enfermería (  $p < 0,05$ ).

**Jiménez G.** (24)., en el estudio titulado “Calidad de los registros de enfermería del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital de Piura 2021” El **objetivo** fue determinar las diferencias que existen en la calidad de los registros de enfermería en los servicios de emergencia y hospitalización. **Método:** estudio

descriptivo cuantitativo - comparativo de diseño no experimental

**Resultados:** la calidad de registros fue de nivel alto en un 70% en el área de emergencia y el 57% en el área de hospitalización y de un nivel medio el 42,9% y 30% respectivamente. **Conclusiones:** existe diferencias significativas en los registros de enfermería en ambos servicios. (p valor < 0,05).

**Inga, V; Sánchez, E.** (25), realizan el estudio “ Aplicando el SOAPIE en los registros de enfermería en el área de Medicina de un Hospital en Lima”, 2020, cuyo **objetivo** fue determinar la aplicación del SOAPIE en los registros enfermeros en el servicio de medicina de un hospital en Lima. **Metodología:** enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. **Resultados:** el 52% aplican de forma regular el SOAPIE. Y en valoración el 42% aplican de forma regular, en diagnóstico el 72% lo aplica de manera regular y en Planeamiento el 68% lo aplica de manera regular, en la Ejecución el 52% lo aplica regularmente y en la Evaluación el 78% aplica de forma regular. **Conclusión:** La aplicación del SOAPIE en los registros de enfermería fue de regular calidad.

**Colca J., Gómez J., Miranda L.** (26), realizan el estudio sobre “Factores relacionados a la calidad del registro de enfermería

(SOAPIE) en el servicio de emergencia de un hospital en Jauja”, 2020”, cuyo **objetivo fue** determinar los factores que se relacionan con la calidad del registro del enfermero con SOAPIE en las historias clínicas del servicio de emergencia. **Método:** estudio descriptivo de corte transversal, de nivel relacional. **Resultados:** el 40% de los enfermeros mencionan que los factores que influyen en la calidad de registro son: la excesiva carga laboral, ausencia de apoyo de personal, organización inadecuada de las labores tanto administrativas como asistenciales, falta de capacitación continua. Y la calidad del registro enfermero 38,3% fue mala. **Concluyendo** en su estudio que, tanto los factores personales y laborales se relacionan significativamente con la calidad del registro que realizan los enfermeros (as).

**Tupiño, J .(27)**, realiza el estudio sobre “La calidad de los registros de enfermería y la gestión del cuidado de enfermería en un servicio de emergencia de un hospital en Lima, 2019”. **Objetivo:** determinar la relación de la calidad de los registros enfermeros y su relación con la gestión del cuidado de enfermería. **Método:** descriptivo de nivel relacional, de diseño no experimental, **Resultados:** En las dimensiones sobre la continuidad del Cuidado: ¿Registra las funciones vitales? con un p valor 0,000; en Estructura: ¿Coloca

nombre y apellido del paciente? Con un p valor 0,000. Y en la calidad de los registros enfermeros y la gestión del cuidado tuvo un valor de  $p=0,000$ , evidenciando una correlación positiva alta. **Conclusión:** existe relación entre la calidad de los registros enfermeros y la gestión del cuidado de enfermería (p valor 0,000).

### 2.1.3. Antecedentes locales

**Vilca, L.** (28), realiza el estudio sobre “Estado post operatorio y su relación con los registros de enfermería en los pacientes del hospital Hipólito Unanue de Tacna” año 2019”.. **Objetivo** fue determinar la relación entre el estado post operatorio inmediato con el registro enfermero de un Hospital en Tacna. **Método:** estudio cuantitativo de diseño no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional. **Resultados:** el 68,5% de los pacientes presentaron buen estado post operatorio inmediato y el 58,3% del personal enfermero aplicaron el registro de enfermería. **Concluyendo:** la existencia de relación entre el estado post operatorio y el registro de enfermería ( $p = 0,007$ ).

## **2.2. Bases teóricas**

Dadas las características de las variables inmersas en el quehacer propio de la enfermería se considera conveniente abordar la teoría Fay Glenn Adbellah.

En 1960, Faye Abdellah desarrolla la teoría de los 21 problemas de enfermería orientada a las necesidades del paciente; donde el problema del paciente es la unidad central para planificar el cuidado; promoviendo identificar problemas reales y potenciales mediante: recogida de datos, análisis de síntomas, priorización de necesidades y clasificación de categorías; aportando así en la etapa de Identificación del problema.

Fay Glenn Adbellah señala : “La enfermería basa en un arte y una ciencia que moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera individual en el deseo y la capacidad de ayudar a las personas enfermas o sanas a afrontar sus necesidades de salud” (29).

El enfoque de enfermería centrado en el paciente se desarrolló a partir de la práctica de Abdellah, y la teoría se considera una teoría de las necesidades humanas. Fue formulado para ser un instrumento para la educación de enfermería, por lo que es más adecuado y útil en ese campo.

Abdellah no utilizó el término diagnóstico enfermero, pero el enfoque que propuso es la base conceptual del diagnóstico NANDA.

En la práctica actual ayuda a organizar la valoración, facilita identificar el problema y permite que el estudiante o enfermera explore las necesidades reales o potenciales; lo que mejora el análisis clínico antes de etiquetar.

El trabajo de Abdellah, se desarrolla en base a método de resolución de problemas, que conlleva como vehículo para delinear los problemas de enfermería (del paciente) a medida que el paciente obtenga un resultado saludable. La teoría identifica diez pasos a fin de identificar el problema del paciente y 11 habilidades de enfermería para desarrollar una tipología de tratamiento.

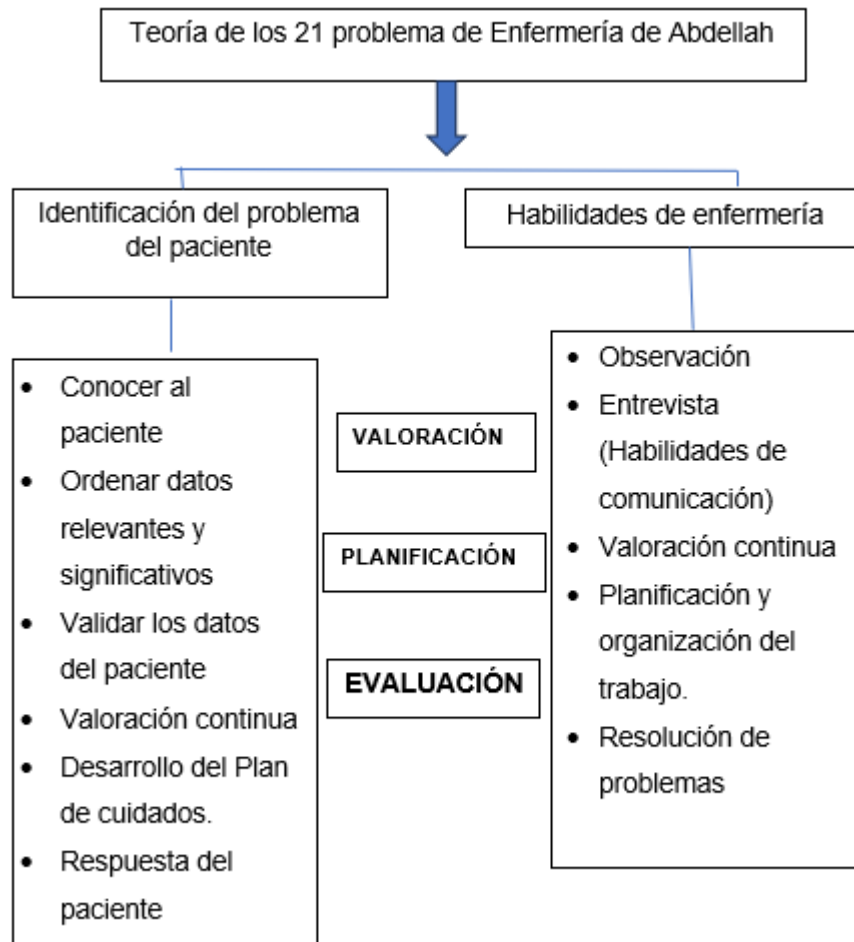
Los diez pasos son:

1. Aprender a conocer al paciente.
2. Ordenar datos relevantes y significativos.
3. Hacer generalizaciones sobre los datos disponibles sobre problemas de enfermería similares presentados por otros pacientes.
4. Identificar el plan terapéutico.
5. Pruebe las generalizaciones con el paciente y haga generalizaciones adicionales.
6. Validar las conclusiones del paciente sobre sus problemas de enfermería.
7. Continúe observando y evaluando al paciente durante un período de tiempo para identificar cualquier actitud y pista que afecte su comportamiento.
8. Explore las reacciones del paciente y su familia al plan terapéutico e involúcrelos en el plan.
9. Identificar cómo se sienten las enfermeras acerca de los problemas de enfermería del paciente.
10. Discutir y desarrollar un plan integral de cuidados de enfermería.

Las 11 habilidades de enfermería son:

1. Observación del estado de salud
2. Habilidades de comunicación
3. Aplicación del conocimiento
4. La enseñanza de los pacientes y las familias
5. Planificación y organización del trabajo
6. Uso de materiales de recursos
7. Uso de recursos de personal
8. Resolución de problemas
9. La dirección del trabajo de otros
10. Usos terapéuticos del yo
11. Procedimiento de enfermería

La teoría de Faye Glenn Abdellah constituye un soporte conceptual fundamental para la identificación del problema en el Proceso de Atención de Enfermería, ya que orienta a la enfermera a clasificar las necesidades del paciente, determinar causas y reconocer signos y síntomas. Esta lógica fue precursora del diagnóstico enfermero NANDA-I actual, ya que sus componentes equivalen a los elementos esenciales del diagnóstico: problema, etiología y manifestaciones.



**Fuente:** Elaboración realizada por Arias, E y Chávez, J. sobre "Teoría de los 21 problemas y habilidades de enfermería"

### **Registros de enfermería: Valoración y diagnóstico enfermero**

Los registros de enfermería constituyen un conjunto de información clara, objetiva, utiliza el método científico, refleja la evolución del

paciente, sirve de medio de comunicación y posee carácter legal y garantiza la continuidad de los cuidados (30).

Los registros clínicos elaborados por el personal de enfermería constituyen un componente esencial del expediente clínico, pues no solo representan evidencia documental, sino que también garantizan la materialización efectiva del derecho a la protección de la salud. Para cumplir con este propósito, deben realizarse de manera clara, legible, oportuna y confiable. Y no solo eso: su valor radica en que funcionan como soporte permanente de toda la información vinculada tanto a las actividades dependientes como a las independientes que desarrolla el profesional de enfermería, durante las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año. (31).

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud sobre Auditoría de la Calidad, se reconocen cuatro formatos básicos que constituyen registros de enfermería: las notas de evolución, la hoja destinada al balance hídrico, la hoja gráfica de signos vitales y el kárdex de enfermería (32).

Ahora bien, estos registros no deben entenderse únicamente como formularios administrativos, sino como herramientas que se nutren de la investigación disciplinar y se articulan con el método enfermero. En ese sentido, la integración taxonómica propuesta por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), junto con la Nursing Outcome Classification (NOC) y la Nursing Intervention Classification (NIC), favorece la estandarización del lenguaje profesional y, en consecuencia, la homogeneización del cuidado de enfermería (33).

Los registros de enfermería forman parte estructural de la historia clínica del paciente. En la actualidad, esta historia se reconoce como el documento médico–legal más relevante, de manera que la práctica de registrar constituye, para la profesión de enfermería, una responsabilidad no solo legal, sino también ética y profesional (34,35). Ahora bien, dentro de dicho documento, los registros de enfermería cumplen una función esencial al describir el estado del paciente, su evolución y las respuestas observadas frente a los cuidados brindados. Para alcanzar este nivel de confiabilidad, la redacción debe ser precisa y ordenada, pues constituye la principal evidencia del trabajo realizado. Además, al tratarse de documentos

con implicaciones legales, se vuelve indispensable fortalecer su calidad aplicando el Proceso de Atención de Enfermería. Lo curioso es que el aumento de conflictos legales en el ámbito sanitario muestra cómo las enfermeras se ven cada vez más expuestas en este tipo de situaciones (19).

Los registros de enfermería deben caracterizarse por su eficiencia y eficacia, lo que implica que reflejen información verídica y verificable acerca del estado del paciente. Además, su elaboración ha de sustentarse en el método científico, aplicando de manera rigurosa el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). De esta forma, se garantiza que los cuidados se brinden en una secuencia ordenada y sistematizada, lo cual no solo favorece la continuidad de la atención, sino que también refuerza la calidad y seguridad del cuidado profesional (36).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) sigue siendo en la actualidad la base para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de las enfermeras. En este proceso, la valoración, entendida como la recogida continua de datos para detectar funcionamientos anormales o factores de riesgo, es el inicio de cualquier actividad enfermera que se lleve a cabo. En este

contexto, se han propuesto diferentes modelos y perspectivas holísticas para llevar a cabo una valoración planificada, sistemática, continua y deliberada de la recolección e interpretación de los datos sobre el estado de salud y / o problema de salud de la persona. A partir de esta valoración de ingreso, las respuestas seleccionadas y la asignación de la trayectoria de cuidados se permite establecer un plan de cuidados estandarizado en el que también se permite la individualización y adaptación del mismo teniendo en cuenta a la persona. Entre estos destacan: los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, el modelo de adaptación de Callista Roy o el modelo de sistemas de Betty Neuman, entre otros (37,38). Concretamente el modelo de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon se configura como una herramienta con adherencia para las enfermeras que lo usan en la práctica clínica diaria (39).

Los registros de enfermería constituyen un conjunto de información clara, objetiva, utiliza el método científico, refleja la evolución del paciente, sirve de medio de comunicación y es considerada de carácter legal que garantiza la continuidad de los cuidados (30).

La forma práctica y concisa de redactar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) suele expresarse mediante el modelo SOAPIE, entendido como un método sistemático para registrar e interpretar las necesidades y problemas que presenta el usuario o paciente. En esencia, dicho modelo constituye una síntesis ordenada del PAE (40).

Ahora bien, como señalan Idrogo y Vásquez (7) para garantizar la continuidad del cuidado resulta necesario atender ciertas pautas al momento de registrar la información de enfermería. Entre ellas se consideran los **datos subjetivos (S)**, referidos a los síntomas descritos por el usuario; los **datos objetivos (O)**, que corresponden a los signos observados por el profesional; el análisis de **diagnóstico (A)**, entendida como el análisis e interpretación de los datos recolectados en la valoración; el **plan de cuidados (P)**, donde se registra el resultado esperado e intervenciones de enfermería que involucra la educación del paciente, de la familia como también los cuidados posteriores al alta; las **intervenciones (I)**, son aquellas actividades ejecutadas por el personal de enfermería para satisfacer las necesidades del usuario y su entorno; y finalmente la **evaluación (E)**, concebida como la verificación de la calidad de la atención otorgada.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (41) Señala que el SOAPIE es la terminología estandarizada que permite al profesional de enfermería describir y documentar su práctica como el diagnóstico, intervenciones y resultados de manera sistemática, además de ser fuente de información para futuros profesionales y políticas de salud.

En la práctica clínica es importante el conocimiento del organismo humano en función y en su estructura y tener claro de conceptos claves como la respiración, la eliminación, la termorregulación; otros conceptos como el confort físico, el autocuidado y la integridad de la piel, entre otros. El entendimiento de estos conceptos permite al enfermero comprender mejor los patrones alterados y /o necesidades del paciente.

### **Valoración**

La etapa de valoración se centra en la recopilación minuciosa de datos tanto subjetivos como objetivos. En este proceso se incluyen, por ejemplo, la toma de signos vitales, la entrevista con el paciente y su familia, la exploración física y la revisión de resultados de laboratorio o estudios de diagnóstico por imágenes. Del mismo

modo, esta fase contempla la integración de la información histórica que el propio paciente o sus familiares proporcionan, así como aquella que ya se encuentra registrada en su historia clínica, de modo que el profesional disponga de una visión completa de la situación de salud. Las enfermeras también recolectan datos sobre las fortalezas del paciente/familia (identificando oportunidades de promoción de la salud) y de los posibles riesgos (para prevenir o posponer posibles problemas). Siendo estas valoraciones que deberán basarse en modelos teóricos de enfermería.

Los marcos teóricos pueden concretarse en la práctica mediante instrumentos de valoración, como ocurre con los Patrones Funcionales de Salud (PFS) propuestos por Marjory Gordon. Sin embargo, conviene señalar que la valoración no responde a un único modelo, sino que puede abordarse desde perspectivas muy amplias hasta enfoques más específicos. En este sentido, se dispone de diversas herramientas que van desde escalas de valoración de riesgos y cuestionarios informados directamente por el paciente, hasta guías de valoración de enfermería más detalladas. Todas ellas, en conjunto, permiten adaptar el proceso evaluativo a las necesidades del usuario y a los objetivos clínicos planteados.

La valoración se entiende como un proceso de recolección sistemática de datos orientado a identificar el estado actual de salud del usuario que se encuentra bajo cuidado. Para llevar a cabo esta tarea, el profesional dispone de diferentes técnicas de obtención de información. Una de las más empleadas es la **observación**, entendida como la percepción dirigida de objetos, sucesos y procesos. Esta técnica, además de aplicarse de forma consciente y controlada, se ejecuta con un método riguroso, lo que la convierte en una herramienta fundamental para la obtención de datos clínicos confiables.

La entrevista: Se inicia desde el primer contacto con la persona teniendo en cuenta que, toda entrevista requiere de un propósito, de una serie de pasos con una introducción, cuerpo y cierre.

El **examen físico** comprende diversas técnicas complementarias. La inspección inicial permite identificar alteraciones visibles; posteriormente, la **auscultación**, realizada con ayuda del estetoscopio, posibilita distinguir los diferentes ruidos corporales. A continuación, la **palpación** se utiliza para detectar masas o irregularidades en la superficie corporal, y finalmente la **percusión**

contribuye a reconocer variaciones internas a través de los sonidos que genera.

Durante esta fase de recolección, el término *dato* se entiende como la información concreta que se obtiene del paciente y que refleja tanto su estado de salud como sus respuestas ante la enfermedad o el tratamiento. Estos datos se dividen en dos grandes categorías. Los **subjetivos** corresponden a lo expresado verbalmente por el paciente acerca de sus percepciones, pensamientos y experiencias en torno a su bienestar, su vida cotidiana, la comodidad o el malestar que experimenta. En caso de que el paciente no pueda brindar dicha información, esta puede recabarse a través de familiares, del equipo de salud o bien de la revisión de la historia clínica.

Los datos objetivos, Son la información que las enfermeras observan del paciente. Estos datos son medibles y se obtienen de la exploración física, resultados de pruebas diagnósticas, el uso de todos los sentidos y forma de medición, uso de varios instrumentos y herramientas o escalas para recoger datos como el peso corporal, presión arterial, saturación de oxígeno etc.

En el proceso de valoración también se distinguen los **datos históricos**, entendidos como aquellos sucesos ocurridos con anterioridad que incluyen hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o determinados patrones de comportamiento. Su utilidad radica en que permiten situar los hechos en una línea temporal y ofrecen un marco de referencia para comprender la condición actual del paciente. Por otro lado, se encuentran los **datos actuales**, que corresponden a la problemática de salud presente y abarcan resultados de laboratorio, estudios de diagnóstico por imágenes y otras evidencias clínicas que orientan de manera inmediata la toma de decisiones terapéuticas.

Después de haber recolectado los datos mencionados anteriormente el siguiente paso será transformar esos datos en información. Y para ello se hace necesario preguntarse ¿Cuáles son las respuestas humanas del paciente? Ej. de datos que se convierten en información:

Recolección de datos	Conocimiento de enfermería	Información
<p><b>Datos objetivos</b>  Mujer de 36 años  Hb: 9,0  Nivel de glucosa en sangre: 78 mg/dL  Ulcera exudativa en la región maleolar medial con mal olor  Hace muecas  Eva: 9/10.</p> <p><b>Datos subjetivos</b>  Se queja de dolor severo en el área de la herida, durante 2 meses.</p> <p><b>Antecedentes</b>  Ex fumador  Fractura en un brazo</p> <p><b>Diagnóstico médico</b>  Diabetes mellitus tipo 1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores normales de Hb (hemoglobina)</li> <li>• Nivel normal de glucosa sanguínea</li> <li>• Integridad tisular</li> <li>• Teorías de dolor y manejo del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb con valor anormal.</li> <li>• Glicemia normal.</li> <li>• Integridad cutánea alterada.</li> <li>• Dolor de nivel alto.</li> </ul>

Cuando se tiene este tipo de conocimiento conceptual, comenzará a mirar los datos que recopiló de una manera diferente. Convertirá esos datos en información, y se comenzará a observar como la

información recolectada comenzará a agruparse para formar patrones de lo que podría estar sucediendo con el paciente. Con el conocimiento enfermo conceptual sobre el nivel de glicemia, de la integridad de los tejidos, de las teorías sobre el dolor y su tratamiento, puede comenzar a ver la información como posibles diagnósticos enfermeros tentativos, como:

- Riesgo de nivel de glicemia inestable
- Deterioro de la integridad tisular
- Dolor agudo

Una valoración que permite reconocer un conjunto de características definitorias contribuye directamente a mejorar la precisión del diagnóstico enfermero. Dentro de este proceso, los **factores relacionados o etiológicos** - entendidos como causas o elementos contribuyentes— constituyen un componente esencial en los diagnósticos orientados al problema.

Cabe subrayar que, sin una valoración de enfermería exhaustiva, resulta imposible formular un diagnóstico verdaderamente centrado en el paciente, así como identificar intervenciones autónomas de

enfermería fundamentadas en la evidencia. En este sentido, la **valoración de las respuestas humanas**, cuando se realiza dentro de un marco específico de enfermería, facilita la identificación de los fenómenos de interés profesional y la delimitación de problemas propios de la práctica. Y no solo eso: también recuerda que los seres humanos, al ser complejos y dinámicos, responden de manera singular y única incluso frente a situaciones aparentemente similares.

Un marco de valoración integral permite compartir con los demás la respuesta única de una persona a la enfermedad, la salud o el bienestar.

La valoración de un paciente a partir de un modelo y /o teoría de valoración de enfermería implica generalmente vincularlo con una serie de diagnósticos enfermeros, sin embargo, es necesario priorizar los diagnósticos enfermeros y brindar las intervenciones y actividades de enfermería que logren los resultados esperados en el plan de cuidados.

## **Diagnóstico de enfermería**

El empleo del **diagnóstico de enfermería (DE)** comenzó a consolidarse en la década de 1970, a partir de la realización de la primera Conferencia Nacional sobre Clasificación Diagnóstica en Enfermería. Dicho hito cobró especial relevancia porque la **American Nurses Association (ANA)** respaldó de manera formal el uso del término *diagnóstico enfermero*, lo que marcó un punto de inflexión en el reconocimiento científico y profesional de esta práctica.

Más adelante, en el año 1973, tomó forma lo que hoy conocemos como la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA). Y gracias al esfuerzo colectivo de sus integrantes, especialmente durante sus congresos, se fueron construyendo y difundiendo diversas listas de diagnósticos que, con el tiempo, se convirtieron en referentes para la práctica enfermera.

El uso del diagnóstico enfermero de NANDA – I fue formalizado por el Reglamento de competencias Profesionales en el año 2015. Esto incluyó el uso de la clasificación de la NANDA -I, lo que muestra el uso del lenguaje enfermero en el cuidado seguro del paciente.

El reconocimiento del **diagnóstico enfermero de NANDA-I** alcanzó un carácter formal en el año 2015, cuando fue incorporado al Reglamento de Competencias Profesionales. Esta inclusión no solo legitimó el empleo de la clasificación NANDA-I, sino que también reafirmó la importancia del lenguaje estandarizado de la enfermería como garantía para fortalecer la seguridad del paciente y optimizar la calidad de los cuidados brindados. Del mismo modo, el **Ministerio de Salud (MINSA)** aprobó las *Guías de Intervenciones en Enfermería*, las cuales reforzaron la aplicación de la clasificación NANDA-I en el ámbito clínico de los hospitales públicos a nivel nacional. A ello se suma la implementación de las denominadas *Notas de Proceso de Enfermería*, documentos que han sido validados oficialmente y se encuentran disponibles en los portales institucionales de las entidades de salud, consolidando así un marco normativo para la práctica profesional.

La **terminología NANDA-I** constituye un lenguaje reconocido oficialmente, ya que cumple con los criterios establecidos por el Comité para la Infraestructura de Información de la Práctica de Enfermería (CPNII) de la **American Nurses Association (ANA)** (42). Asimismo, se encuentra registrada en **Health Level Seven International (HL7)**, un estándar internacional de informática en salud que permite identificar diagnósticos enfermeros en los

mensajes electrónicos que circulan entre diferentes sistemas de información clínica (43).

Por otro lado, la **taxonomía NANDA-I** ofrece un marco de clasificación que organiza las áreas de interés propias de la disciplina, conocidas como núcleos de diagnóstico. Actualmente incluye **267 diagnósticos**, agrupados en **13 dominios** y **47 clases** (44). Cabe precisar que un *dominio* representa una esfera de conocimiento, y que los dominios definidos en NANDA-I permiten visibilizar el cuerpo de saber único que distingue a la enfermería de otras disciplinas.

Los 13 dominios de la NANDA - I se dividen en clases (agrupaciones que comparten atributos comunes). Y estos dominios son: Promoción de la Salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad y reposo, percepción y cognición, autopercepción, rol/relaciones, ssexualidad, afrontamiento /tolerancia al estrés, pprincipios vitales, sseguridad / protección, confort y ccrecimiento y desarrollo.

El **diagnóstico de enfermería**, se define como un juicio clínico que describe una respuesta humana frente a determinadas condiciones de salud o procesos vitales, así como la susceptibilidad a dichas respuestas. Este juicio puede formularse en relación con un

individuo, una familia, un grupo o incluso una comunidad, lo que evidencia su carácter amplio y su utilidad para orientar las intervenciones de cuidado en distintos niveles de atención (44).

Los componentes esenciales de un diagnóstico son:

1. Núcleo del diagnóstico: Es el elemento principal o la parte fundamental y esencial, la raíz, del concepto de diagnóstico. Describe la respuesta humana” que es el núcleo del diagnóstico.

2. Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del núcleo del diagnóstico. (Oxford University Press, 2019), estos son: bajo, complicado, deficiente, deteriorado, disfuncional, inestable etc.

El eje 1 (núcleo del diagnóstico) y el eje 3(juicio), son componentes esenciales de un diagnóstico enfermero. En algunos casos, el núcleo del diagnóstico contiene el juicio (p. ej. Temor), en este caso el juicio no se separa explícitamente del núcleo del diagnóstico en la etiqueta de diagnóstico.

Existen ciertas excepciones en las que el **diagnóstico de enfermería** se expresa mediante una sola palabra —como *ansiedad, estreñimiento, fatiga* o *náuseas*, pues en estos casos el modificador y el núcleo se encuentran implícitos en el propio término. Conviene recordar que cada diagnóstico está conformado por una **etiqueta**, una **definición** y un conjunto de **indicadores diagnósticos**, elementos que en conjunto aseguran precisión conceptual y orientan la práctica clínica.

Un **juicio clínico** puede entenderse como la interpretación o conclusión que realiza la enfermera respecto a las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente, así como la decisión de intervenir o no en consecuencia (45) . En muchos casos, los problemas clave o núcleos diagnósticos se hacen evidentes desde las primeras etapas de la valoración —por ejemplo, alteración de la integridad cutánea o sentimientos de soledad— y permiten iniciar oportunamente el proceso diagnóstico. A modo ilustrativo, un paciente podría manifestar insomnio, irritabilidad o angustia, y al mismo tiempo mostrar signos físicos como tensión facial, temblores en las manos o incremento de la sudoración, todos ellos indicios que orientan la construcción del diagnóstico enfermero.

La enfermera experimentada reconocerá ansiedad, basándose en lo que el cliente informa o en las conductas de ansiedad. Las enfermeras con experiencia pueden identificar rápidamente grupos de indicios clínicos a partir de los datos de valoración y avanzar sin problemas hasta los diagnósticos enfermeros. Sin embargo, las enfermeras principiantes toman un proceso más secuencial para poder determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

Koharchik et al (46), el razonamiento clínico se usa para describir la forma en que la enfermera “analiza y comprende la situación de un paciente y llega a las conclusiones” (p. 58).

Según Tanner (45), el **razonamiento clínico** constituye el proceso mediante el cual las enfermeras elaboran juicios clínicos, lo que implica seleccionar entre diferentes alternativas, valorar la evidencia disponible y, al mismo tiempo, apoyarse en la intuición y en el reconocimiento de patrones. Por su parte, Banning (47), definió este razonamiento como la aplicación de conocimientos y experiencias a una situación clínica específica. En su análisis histórico de la literatura, que abarcó desde 1964 hasta 2005, este autor mostró cómo el concepto de razonamiento clínico ha evolucionado al

integrar tanto el juicio analítico como la capacidad práctica de respuesta.

Es importante que, las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que se usan frecuentemente, Además, es necesario conocer los “Componentes del diagnóstico”, la información que se usa para diagnosticar y diferenciar de un diagnóstico de otro. Estos componentes del diagnóstico incluyen las características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo. Las características definitorias son señales/ inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej; signos o síntomas).

Las **enfermeras expertas** poseen la capacidad de reconocer con rapidez conjuntos de indicios clínicos a partir de los datos obtenidos en la valoración, lo que les permite avanzar con fluidez hacia la formulación de diagnósticos enfermeros precisos. Al mismo tiempo, la práctica profesional de enfermería se orienta fundamentalmente a comprender y atender las **respuestas humanas** frente a las condiciones de salud o a los procesos vitales, ya sea en individuos, familias, grupos o comunidades, lo que otorga a la disciplina un carácter amplio y profundamente contextual.

Dichas respuestas son la preocupación central de la atención de enfermería. Y el fundamento del diagnóstico enfermero es el razonamiento clínico.

El **diagnóstico enfermero** puede formularse desde distintas perspectivas: puede centrarse en un **problema identificado**, en un **riesgo potencial** o en un diagnóstico de **promoción de la salud**. Asimismo, contempla los denominados **diagnósticos de síndrome**, que engloban un conjunto de respuestas relacionadas, lo que amplía el alcance de la valoración clínica y favorece la planificación integral del cuidado.

### **Tipos de diagnósticos**

**Diagnóstico enfocado en el problema:** se define como un juicio clínico que describe una respuesta humana no deseada frente a una condición de salud o proceso vital que se presenta en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

**Diagnóstico de riesgo:** Es un juicio clínico sobre la susceptibilidad que tiene un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana indeseable como consecuencia de determinadas condiciones de salud/procesos de vida.

**Diagnóstico de promoción de la salud:** Es un juicio clínico sobre *la* motivación y el deseo de una persona o colectivo por mejorar su bienestar y potenciar sus capacidades de salud. Estas respuestas se expresan a través de la disposición para modificar conductas de salud específicas de autocuidado y pueden formularse en cualquier estado de salud. En situaciones en que el propio paciente no puede manifestar esa disposición, la enfermera está facultada para identificar la condición y actuar en su nombre, siempre en beneficio del cliente. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

**Diagnóstico de Síndrome:** se entiende como un juicio clínico que agrupa un conjunto de diagnósticos de enfermería que suelen presentarse de manera simultánea, razón por la cual resulta más efectivo abordarlos en conjunto y mediante intervenciones similares.

### **Componentes de diagnósticos**

#### **Diagnóstico real o enfocado al problema:**

Etiqueta de diagnóstico, definición, Factores relacionados o factor etiológico, características definitorias (datos subjetivos y objetivos), poblaciones en riesgo, condiciones asociadas.

**Diagnóstico de riesgo:**

Etiqueta de diagnóstico, definición, factores de riesgo, poblaciones en riesgo, condiciones asociadas.

**Diagnóstico de Promoción de la salud:** Etiqueta de diagnóstico, definición, características definitorias.

**Diagnóstico enfermero de Síndrome:** Etiqueta de diagnóstico, definición, factores relacionados o factor etiológico, características definitorias

**Diagnóstico según la valoración**

El **diagnóstico enfermero** constituye un juicio clínico derivado de la valoración realizada por la enfermera, mediante el cual se describen tanto las condiciones de salud y los procesos vitales presentes como la **susceptibilidad** que puede tener un individuo, familia, grupo o comunidad a desarrollar determinadas respuestas humanas. Esta definición sintetiza el carácter central del diagnóstico en la práctica profesional, pues conecta la observación clínica con la planificación del cuidado.

Para la obtención del diagnóstico enfermero, primero se ha de tener en cuenta la información que se ha obtenido de la valoración. Esta

información en relevante porque se determinará si estas respuestas son normales o anormales, o si presentan un riesgo o una fortaleza.

Cuando ciertos datos se interpretan como anormales, resulta indispensable efectuar una valoración más detallada que permita establecer un diagnóstico preciso del paciente. Una vez completada esta fase, el siguiente paso consiste en **identificar patrones de respuesta**, generar posibles diagnósticos, afinarlos progresivamente y, finalmente, consolidarlos como diagnósticos enfermeros definitivos. Este proceso asegura tanto la exactitud clínica como la pertinencia de las intervenciones posteriores.

Recordar que, el proceso de atención de enfermería, incluye la valoración para la obtención del diagnóstico. Esta valoración es un proceso continuo y, a medida que se dispone de más datos o a medida que cambia la condición del paciente, la información cambia y los diagnósticos también pueden cambiar e incluso la priorización del diagnóstico puede cambiar.

El juicio clínico resultante de la valoración nos otorga el diagnóstico de enfermería, lo que nos brinda los fundamentos para seleccionar las intervenciones de enfermería (44).

### **2.3. Definición conceptual de términos**

#### **Registro de enfermería**

Los registros de enfermería son documentos propios de la profesión y básicos de la historia clínica. En ellos se recolectan datos de las acciones emprendidas, las observadas y de la información obtenida del paciente y la familia, con el fin de optimizar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y por consiguiente garantizar una continuidad en el cuidado; además son un respaldo legal frente a posibles demandas y a la vez permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados; sin dejar de reconocer, que también encierran el nivel de práctica ética en el cuidado (48).

#### **Valoración**

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de la persona. El objetivo de la valoración enfermera es conocer la situación de salud real de la persona en un momento determinado, la manera en la que vive esta situación y su respuesta (49).

### **Diagnóstico de enfermería**

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relativo a una respuesta humana a las condiciones de salud/ procesos vitales, o a la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad

### **Profesional de enfermería**

Es un(a) enfermero(a) con título universitario, cuya función principal es el cuidado y atención de los pacientes enfermos y sanos, así como el apoyo asistencial en el ámbito de la salud. (50).

### **Servicio de emergencia**

Es la unidad asistencia del establecimiento de salud destinada a la atención inmediata, continua y oportuna de personas que presentan condiciones agudas, súbitas o potencialmente mortales, las cuales requieren intervención rápida y priorizada para preservar la vida, prevenir complicaciones graves y reducir la morbilidad y mortalidad. Servicio que funciona las 24 horas del día (51).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLÓGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Método y Diseño de la Investigación**

Esta investigación es de tipo descriptivo cuantitativo - retrospectivo.

De diseño no experimental, de corte transversal (52).

El estudio de investigación a realizarse es de tipo básico o también conocido como fundamental ya que tiene la finalidad de poder conseguir y recopilar información para poder construir una base de conocimientos e ir agregándola a la información previa existente (52)

#### **3.2. Población y muestra**

- **Población**

La población estuvo conformada por todos los registros del Proceso enfermería consignados en las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del HHUT, durante los meses de enero, febrero y marzo 2025.

- **Muestra:** Los registros de enfermería se encuentran consignadas en 150 historias clínicas.

- **Muestreo:** No probabilístico.
- **Unidad de análisis:**  
Un registro de enfermería consignada en la historia clínica del paciente atendido en el servicio de emergencia del HHUT.

**Criterios de inclusión:**

Se incluyeron en el presente estudio las anotaciones de enfermería que reúnan las siguientes condiciones:

- Historias clínicas que pertenezcan a los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del HHUT.
- Historias clínicas, donde se evidencia la hoja de Proceso de enfermería redactada por los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, cuyo contenido registrado deberá incluir la valoración y diagnóstico para el presente estudio.
- Historias clínicas donde se evidencia la hoja de proceso de enfermería registradas durante los meses de enero, febrero y marzo 2025.

**Criterios de exclusión:**

Se excluyeron del presente estudio las anotaciones de enfermería que tuvieran las siguientes condiciones:

- Que hayan sido elaborados en otros servicios.
- Historia clínica que no tiene la hoja de Proceso de enfermería
- Historia clínica y con hoja de Proceso de enfermería incompleta.
- Historia clínica que pertenecen a pacientes de consultorios, sin haber sido atendido en el servicio de emergencia.
- Número de historia clínica de registros que no coinciden con el número de historia clínica de la lista de verificación.

**3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la variable única: Se empleó la técnica: revisión documental y el instrumento: Lista de cotejo constituida por las siguientes dimensiones: registros de valoración, registro de diagnóstico, congruencia entre valoración y diagnóstico enfermero registradas por el profesional enfermero del servicio de emergencia del HHUT.

**Instrumento:** La Lista de cotejo sobre los registros de enfermería: Valoración, Diagnóstico enfermero y congruencia de la valoración con el diagnóstico enfermero registrado en la historia clínica. (Ver anexo 1)

Esta lista de cotejo, tiene como finalidad evaluar los registros de enfermería en las fases de Valoración, diagnóstico enfermero y la congruencia de la valoración con el diagnóstico enfermero.

Los enunciados cuentan con respuestas dicotómicas: si; no

#### **La escala de medición de Registros enfermeros en Valoración**

Cumplimiento de Registro en Valoración > 70%

Cumplimiento mínimo de Registro en Valoración 51 a 69%

No cumple el Registro en valoración < 50%

#### **Escala de medición de Registros en Diagnóstico enfermero**

Registro correcto según el tipo de diagnóstico: > 75 % - 100%

Registro incorrecto según el tipo de diagnóstico: < 74 %

### **Escala de medición Diagnóstico según la valoración:**

Coherencia entre valoración y el diagnóstico:  $\geq 75\%$

Incoherencia entre valoración y diagnóstico:  $< 74\%$

### **Validez y Confiabilidad**

**Validez:** Se realizó en base a 4 criterios de expertos sobre el tema de investigación. Los expertos son tres asistenciales y una enfermera docente y asistencial, quienes evaluaron y dieron la validez del documento; cuyos resultados fueron una adecuación total del instrumento, siendo DPP: 0,9. (Ver Anexo 2)

### **Confiabilidad:**

No se realiza la confiabilidad del instrumento, ya que es una Revisión documentaria de las hojas del Proceso de enfermería que vienen a ser parte de la historia clínica. Las hojas del Procesos de enfermería ya han sido validadas por la Oficina de Calidad del hospital Hipólito Unanue, además por ser un estudio retrospectivo la principal desventaja, es que a menudo son incompletos o no han procedido a registrar los datos en su debido momento, por ello fiabilidad es difícil de comprobar.

### **3.4. Procedimiento de recolección de datos:**

Se procedió a solicitar la autorización a la dirección del hospital Hipólito Unanue y a la Oficina de Capacitación y al comité de ética para que nos brinde las facilidades para la aplicación del instrumento, dicho documento explicará la finalidad del estudio de investigación. Una vez recibida la credencial de autorización. Se pidió permiso a la Oficina Informática de las Historias clínicas para poder acceder a las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para su selección y proceder posteriormente al vaciado a la Lista de Cotejo.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos han sido procesados en el paquete SPSS v.22, y se presentarán los datos en tablas simples y gráficos para cada tabla.

Otro recurso informático que se ha utilizado es el MS Excel, aplicación de Microsoft Office, que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos.

Se presentó las tablas según los objetivos establecidos en el estudio. Al igual que con Excel, las tablas y los análisis efectuados se trasladaron a Word, para su ordenamiento y presentación final.

### **3.6. Consideraciones éticas**

La investigación estuvo configurada bajo los siguientes principios esenciales:

- 1) Permiso para la ejecución con fines investigativos.
- 2) Respeto a la dignidad humana
- 3) Privacidad de la información, se cuidará el anonimato en cuanto a la información obtenida.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados**

En el presente capítulo IV, se presentan los resultados del estudio con sus respectivas tablas y gráficos correspondiente a los objetivos planteados.

## TABLA N ° 01

REGISTROS ENFERMEROS: EN LA FASE DE VALORACIÓN POR  
EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE,  
TACNA - 2024.

Valoración	N°	%
No cumple (< 50%)	25	16,67
Cumplimiento mínimo (51 a 69%)	31	20,67
Cumplimiento (> 70%)	94	62,67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,00</b>

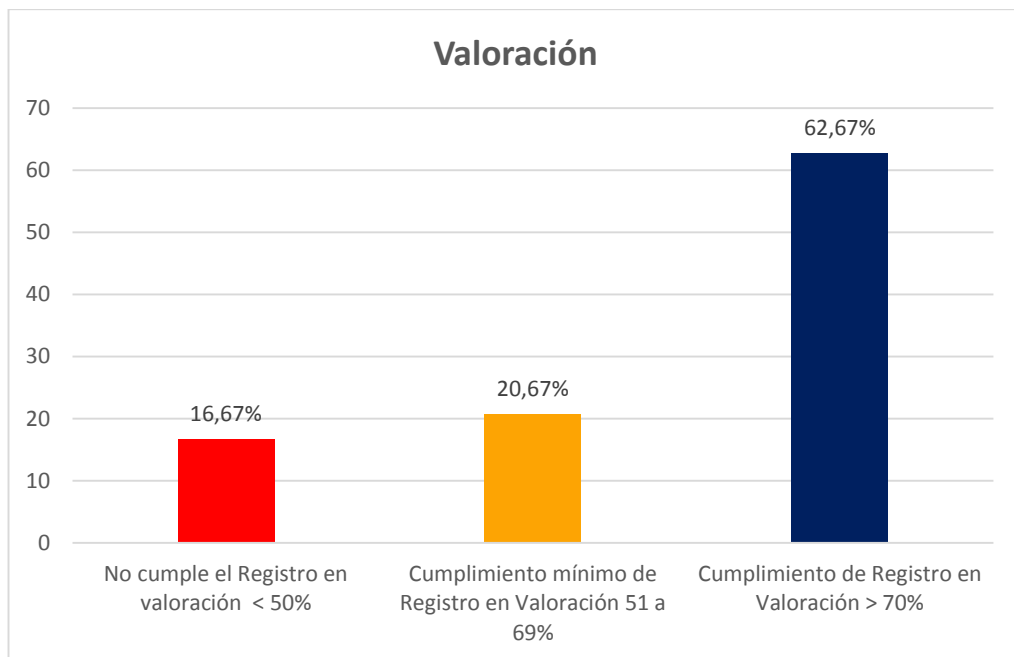
**Fuente:** Instrumento sobre "Registros enfermeros", aplicado a las historias clínicas de los registros enfermeros (as) del servicio de emergencia del HHUT. Elaborado por Arias, E & Chávez, Y.

### Descripción:

En la Tabla N° 01, observamos el reporte de los "Registros enfermeros: en la fase de Valoración realizada por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, donde el 62,67% existe el cumplimiento de los registros en valoración, así mismo el 20,67% registra el cumplimiento mínimo en valoración y el 16,67% no cumple el registro de valoración.

## GRÁFICO N° 01

REGISTROS ENFERMEROS: EN LA FASE DE VALORACIÓN POR EL  
PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA, DEL HHUT- 2024.



**Fuente:** Tabla N° 01.

## TABLA N° 02

### REGISTROS ENFERMEROS: EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHUT, 2024.

<b>Tipos de diagnóstico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No registra el diagnóstico.	2	1,33
Diagnóstico enfocado al problema	121	80,67
Diagnóstico de Riesgo	27	18,00
Diagnóstico de Promoción de la salud	0	0,00
Diagnóstico de síndrome	0	0,00
Total	150	100,00

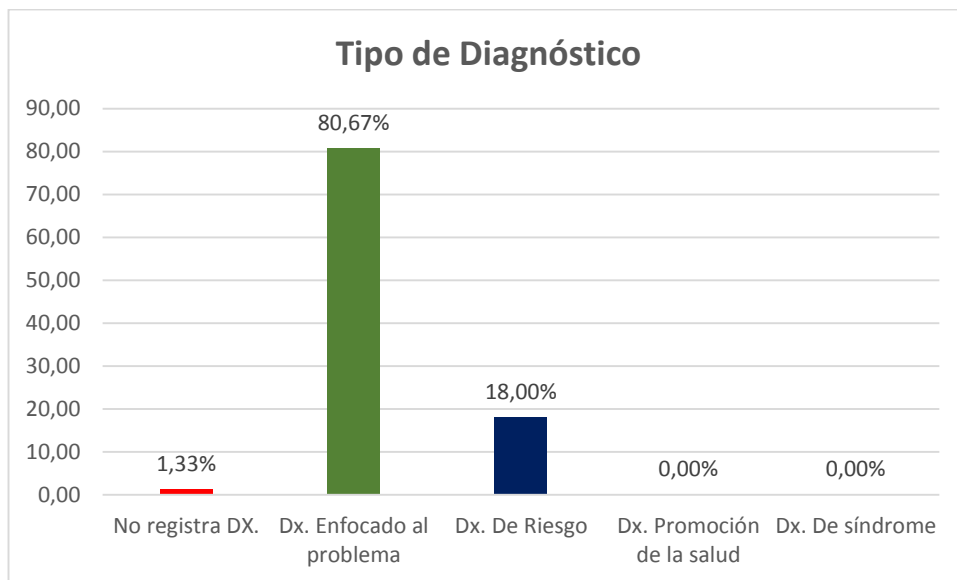
**Fuente:** Instrumento sobre “Registros enfermeros”, aplicado a las historias clínicas de los registros enfermeros (as) del servicio de emergencia del HHUT. Elaborado por Arias, E & Chávez, Y.

#### **Descripción:**

En la Tabla N° 02, observamos el reporte de los “Registros enfermeros: en la fase de Diagnóstico realizada por el profesional enfermero del servicio de emergencia, del HHUT, donde el 100% de los registros se evidencia que en los diagnósticos más frecuentes registrados fueron: el diagnóstico enfocado al problema en un 80,67% y el segundo diagnóstico registrado fue el diagnóstico de riesgo en un 18% y dos no registraron el diagnóstico 1,33%.

## GRÁFICO N° 02

REGISTROS ENFERMEROS: EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHUT- 2024.



Fuente: Tabla N° 02.

**TABLA N° 03**

**REGISTROS ENFERMEROS: DIAGNÓSTICO ENFERMERO: TIPO Y  
COMPONENTES POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HHUT- 2024.**

Tipos de diagnóstico	Componente	No registra		Registra		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Diagnóstico enfocado al problema	Etiqueta	1	0,83	120	99,17	121	100,00
	Factor relacionado	37	30,58	84	69,42	121	100,00
	Características definitorias	23	19,01	98	80,99	121	100,00
Diagnóstico de riesgo	Etiqueta	0	0,00	27	100,00	27	100,00
	Factor de riesgo	0	0,00	14	51,85	27	100,00
	No coherente	0	0,00	8	29,63	27	100,00
	No registra factor	5	18,52	0	0,00	27	100,00
Diagnóstico de Promoción de la salud	Etiqueta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Definitorias	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Diagnóstico de Síndrome	Etiqueta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Relacionado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Definitorias	0	0,00	0	0,00	0	0,00
No se evidencia	Sin componentes.	2	1,66	0	0,00	2	100,00

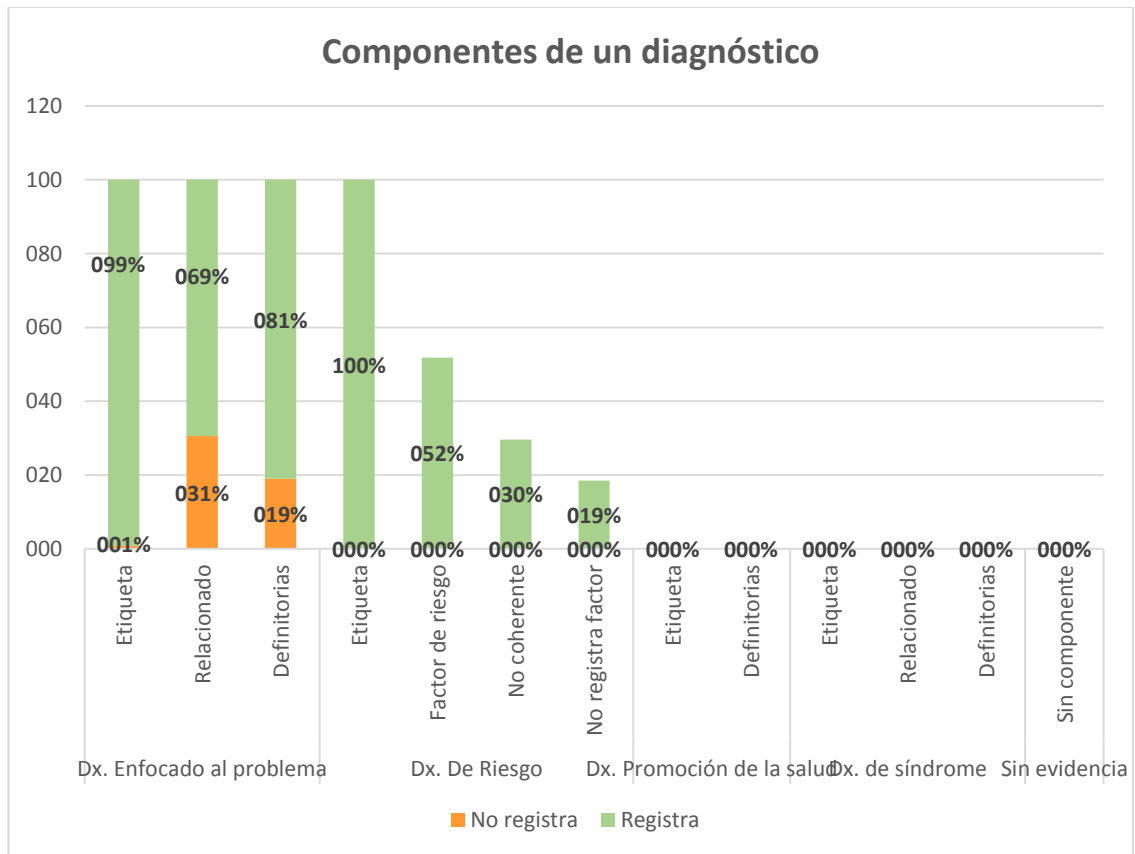
**Fuente:** Instrumento sobre “Registros enfermeros”, aplicado a las historias clínicas de los registros enfermeros (as) del servicio de emergencia del HHUT. Elaborado por Arias, E & Chávez, Y.

**Descripción:**

En la Tabla N° 03, observamos el reporte de los “Registros enfermeros: Diagnóstico enfermero: tipo y componentes realizados por el profesional enfermero del servicio de emergencia del HHUT, 2025. Y según el tipo de diagnóstico enfocado al problema en sus componentes el 99,17% los registros cuentan con “etiqueta”, seguido del “relacionado con” en un 69,42% y en “características definitorias” con un 80,99%. Y en diagnóstico de riesgo los registros cuentan con componente “etiqueta” al 100%, y en “factor de riesgo” son registrados al 51,85 %; sin embargo, el 29,63% de los factores de riesgo no son coherentes y el 18,52% no se evidencia el registro del factor de riesgo. Se observa también que los diagnósticos de Promoción de la salud y el de diagnóstico de Síndrome no son registrados en las hojas del Proceso enfermero. Así mismo, dos registros no cuentan con diagnóstico.

### GRÁFICO N° 03

REGISTROS ENFERMEROS: DIAGNÓSTICO ENFERMERO: TIPO Y COMPONENTES POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHUT- 2024.



Fuente: Tabla N° 03.

#### TABLA N° 04

REGISTROS ENFERMEROS: LA CORRESPONDENCIA DE LA VALORACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHUT - 2024.

<b>Correspondencia: valoración con diagnóstico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Incoherencia entre valoración y diagnóstico (0% - 75%)	62	41,33
Coherencia entre valoración y diagnóstico (76% -100%)	88	58,67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

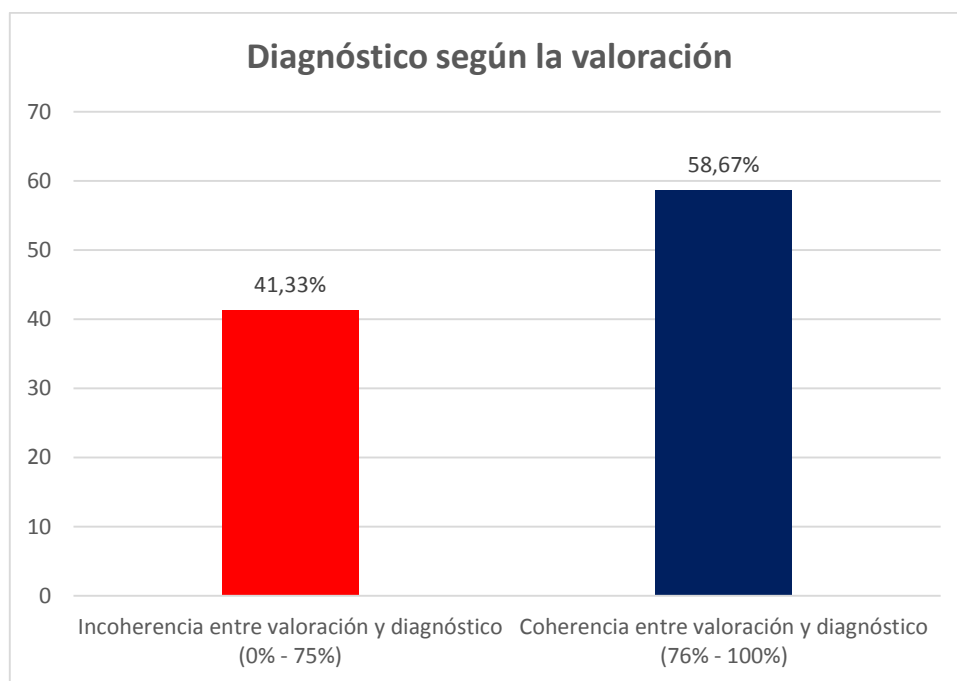
**Fuente:** Instrumento sobre “Registros enfermeros”, aplicado a las historias clínicas de los registros enfermeros (as) del servicio de emergencia del HHUT. Elaborado por Arias, E & Chávez, Y.

#### **Descripción:**

En la Tabla N° 04, observamos el reporte de los “Registros enfermeros según la correspondencia de la valoración con el diagnóstico enfermero realizado por el profesional enfermero del servicio de emergencia, donde se observa que, el 58,67% de los registros presentan coherencia entre valoración y diagnóstico de enfermería seguido de los registros con incoherencia entre valoración y diagnóstico en un 41,33%.

### Gráfico N° 04

REGISTROS ENFERMEROS: LA CORRESPONDENCIA DE LA VALORACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHUT - 2024.



Fuente: Tabla N° 04.

## 4.2. Discusión

Los registros de enfermería se encuentran integrados dentro de la Historia clínica del paciente. Actualmente, la Historia Clínica es el documento médico – legal por excelencia, por lo que registrar constituye en nuestra profesión una obligación legal, ética y profesional (34,35). La valoración adecuada y el diagnóstico correcto son los pasos más fundamentales en el proceso de enfermería (53–55)

**Tabla 01**, se observa los Registros enfermeros en la fase de valoración, donde el 100% de los registros, el 62,67% cumplen con el registro de valoración y el 37,33 no cumplen con registrar los datos de valoración.

Los registros de enfermería constituyen un conjunto de información clara, objetiva, utiliza el método científico, refleja la evolución del paciente, sirve de medio de comunicación y posee carácter legal y garantiza la continuidad de los cuidados (30).

La aplicación de la valoración clínica que realiza la enfermera ha demostrado ser un pilar fundamental para garantizar que estos cuidados sean seguros, individualizados y basados en la evidencia,

permitiendo la identificación de respuestas humanas ante los problemas de salud y vincularlos con los diagnósticos de enfermería que guían el plan de cuidado (1).

Taneal Wiseman y colaboradores en el 2023 evidenciaron que algunos marcos de valoración presentan debilidades que reducen la precisión diagnóstica (56).

Difiere del estudio realizado en España, por Castillo, R; Villa, C, Costales, B; Moreta, A, Quinga, G; donde sus hallazgos han evidenciado que las notas de enfermería se encuentran incompletas e ilegibles, y que del 100% de las historias clínicas registradas por enfermería en cuanto al contenido se encuentra omisión de información sobre la valoración integral del paciente y de las respuestas humanas conforme a su evolución (57).

Difieren del estudio realizado **Torres–Gómez; D; Zurita-Barrón, M; Vicente-Ru, M; Hernández–Vicente, I.** (21), en donde en sus conclusiones mencionan que, los registros fueron de regular calidad y que la principal falla fue en la omisión de datos al documentar.

Así mismo, difiere del estudio de **Castillo, R; Villa, C; Costales, B; Moreta, J; Quinga, G** (22), cuyos resultados el 100% de historias clínicas se evidencian registros carentes de información respecto a la valoración integral del paciente, de las respuestas humanas conforme a su evolución.

Estos hallazgos resaltan que la valoración —como base del diagnóstico— no siempre se documenta de forma exhaustiva ni estructurada, lo que pone en riesgo la precisión diagnóstica y compromete la planificación y ejecución de cuidados efectivos (58).

Según la teoría de Adellah, menciona que, es importante conocer al paciente a través de la entrevista, y recoger los datos relevantes y significativos para luego validarlos. Y que esta valoración no solo consiste aplicarlo en un primer momento si no que también esta valoración deberá ser continua, valorando las respuestas del paciente tras la intervención de enfermería. Para ello, la enfermera deberá adquirir habilidades de observación, habilidades de comunicación, habilidades cognitivas y analíticas y que deberán aplicarlo en una valoración continua.

Pero a que se debe, que, en el servicio de emergencia, un poco más de la mitad cumple con los registros de valoración, quizás se deba que solo un grupo de enfermeros actualizados cumplen con la metodología del PAE, teniendo en cuenta que la fase de valoración es muy importante teniendo en cuenta en sus registros de valoración: datos subjetivos, datos objetivos, datos históricos y datos actuales.

**Tabla 02**, se observa los Registros enfermeros: en la fase de Diagnóstico evidenciándose que, los diagnósticos más registrados fueron: El diagnóstico enfocado al problema en un 80,67% seguido del diagnóstico de riesgo en un 18%.

La capacidad de elaborar un diagnóstico enfermero es una oportunidad para usar las etiquetas diagnósticas planteadas por NANDA Internacional en el libro: Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 1, después de realizar una valoración integral a profundidad teniendo como referente a una teórica en enfermería. El “diagnóstico enfermero” proporciona una comprensión minuciosa y detallada de las necesidades, problemas de salud o situaciones de riesgo específicos de un paciente, familia y/o comunidad. Al identificar y abordar estos problemas se crea una

atención individualizada y centrada en el paciente, lo cual es esencial para brindar un cuidado efectivo y de calidad (59).

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relativo a una respuesta humana a las condiciones de salud/ procesos vitales, o a la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad (44).

Difiere del estudio de **Inga, V; Sánchez, E.** (25), en sus resultados en la etapa del diagnóstico el 72% lo aplica de manera regular. Así mismo se asemeja al estudio de **Torres–Gómez; D; Zurita-Barrón, M; Vicente-Ru, M; Hernández–Vicente, I.** (21), donde sus hallazgos encontraron que, cumplieron con menor calidad la etiqueta diagnóstica con un 67%.

No hay estudios que, ayuden a confrontar los resultados de la presente investigación, con respecto a los componentes del diagnóstico enfermero.

No se evidencian estudios específicamente en el tipo de diagnóstico más utilizado, solo nombra la calidad del diagnóstico enfermero.

En el estudio de Figueira, J; Canova, C, Garrido, M; Damián; A; Boyardi, V; Cisneros, M, (58), en sus resultados menciona, que se halla un cumplimiento mínimo sobre los criterios de calidad en el registro de los diagnósticos enfermeros.

Así mismo el estudio de Schmidt, concluye que, existen problemas y debilidades en cuanto al contenido, proceso y estructura. Y menciona que en los registros enfermeros no se ha aplicado los conceptos básicos de diagnóstico (60).

Los estudios muestran que realizar una valoración precisa y adecuada en la primera etapa del proceso de enfermería afecta la calidad y cantidad del diagnóstico de enfermería (61,62).

La terminología NANDA - I es un lenguaje reconocido que cumple con los criterios establecidos por el Comité para la infraestructura de Información de Práctica de enfermería (CPNII) de la Asociación Americana de enfermeras (ANA) (42). La terminología también está registrada en Health Level International (HL7), un estándar de informática para el cuidado de la salud, como una terminología que

se usa para identificar diagnósticos enfermeros en mensajes electrónicos entre sistemas de información clínica (43).

El diagnóstico de enfermería (DE) es la fase central del proceso de enfermería y es igualmente importante como el diagnóstico médico para los médicos (63). Un diagnóstico de enfermería representa el juicio clínico que hacen las enfermeras con respecto a cómo los individuos, las familias o las comunidades responden a las condiciones de salud o los procesos de vida. Sirve como base para elegir intervenciones de enfermería destinadas a lograr resultados de los que las enfermeras son responsables (59).

Para Abdellah, plantea en su Proceso de atención de enfermería que precede al PAE actual, menciona que al adquirir esas habilidades: de observación, de comunicación, de conocimiento ayudarán a identificar el problema y diseñar estrategias para la resolución de los problemas. Valoración que permitirá relacionarlos con el modelo actual con posibles diagnósticos de enfermería, priorizando la información relevante y significativa.

En el servicio de emergencia del HHUT, los diagnósticos más relevantes son los enfocados al problema, seguido del diagnóstico

de riesgo. Estos diagnósticos frecuentes se deben porque los pacientes que ingresan a emergencia presentan respuestas humanas alteradas manifestando dolor, cefalea, vómitos, diarrea, dificultad para respirar, hemorragia, intoxicación etc. Así como también aquellos pacientes que ingresan por intento de autolisis o sangrado activo se encuentran susceptibles a presentar complicaciones; por lo que los diagnósticos de riesgo prevalecen y en el registro de la hoja del proceso enfermero.

**Tabla 03**, se observa el reporte de los registros enfermeros: “Diagnóstico enfermero tipo y componentes”, y según el tipo: el diagnóstico más registrado es el “diagnóstico enfocado al problema” evidenciándose sus componentes: “etiqueta” con un 99,17%, en “relacionado con” 69,42% y en “características definitorias” en un 80,99%. Y el segundo diagnóstico registrado es el diagnóstico de riesgo con sus componentes evidenciándose la “etiqueta” en un 100% y en su “factor de riesgo” con un 51,81%.

Es fundamental que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que se usan con mayor frecuencia. Además, es

necesario conocer los “componentes del diagnóstico”, la información que se usa para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro.

Estos componentes de diagnóstico incluyen las etiquetas, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo. Las características definitorias son señales/ inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej; signos o síntomas).

Gligor, L; Rsu,H; Domnariu, C; Muller-Staub, M. (64), menciona en su estudio que encontraron bajos niveles de calidad en la documentación del proceso enfermero. Las enfermeras recopilaron muchos datos, pero no usaron para establecer diagnósticos de enfermería, demostrando diagnósticos inexactos y su impacto en la etiología de los diagnósticos de enfermería fue bajo.

Difiere del estudio de **Sulzbach, et al.** Menciona que, los diagnósticos de enfermería como proceso, sólo el 27% de los registros estaban completos (65).

Difiere del estudio de **Figueira et al** (58), menciona que al realizar la valoración del registro del Proceso enfermero se identificó un bajo

reporte de los diagnósticos de enfermería, con un cumplimiento promedio del 8,11%

Los diagnósticos más frecuentes encontrados en los registros enfermeros fueron los diagnósticos enfocados al problema y el diagnóstico de riesgo. No se evidencian diagnósticos de Promoción de la salud debido a que los pacientes que acuden al servicio de emergencia son enfermos con muchas dolencias, muchos de ellos sin poder hablar o inconscientes o encefalopáticos etc. Tampoco no se evidencia diagnósticos de síndrome, tal vez sea por el poco o escaso o ningún conocimiento sobre ello; ya que no se evidencia en ningún registro, a pesar que existe la probabilidad de encontrar varios subdiagnósticos que se encuentran en un diagnóstico global de enfermería.

Este estudio destaca la necesidad de que las enfermeras recopilen y documenten sistemáticamente datos en todas las fases del proceso de enfermería. Se debe proporcionar capacitación y apoyo para mejorar la precisión y la integridad de los diagnósticos de enfermería y su vinculación con las intervenciones y los resultados. Además, los factores organizacionales, como los niveles de personal y el tipo de especialidad hospitalaria, deben considerarse

cuidadosamente al implementar innovaciones en la documentación, ya que afectan significativamente la calidad y la integridad de los documentos de enfermería (66).

En el servicio de emergencia, los diagnósticos más registrados en las historias clínicas son los diagnósticos enfocados al problema con sus etiquetas y características definitorias seguido del diagnóstico de riesgo, y ambos diagnósticos no son registradas correctamente tanto en su factor relacionado con, como en el factor de riesgo, pero a qué se debe, tal vez sea porque aún carecen del conocimiento para integrarlas, sin embargo muchos de los ( las) profesionales no se encuentran actualizadas (os) en los diagnósticos de enfermería según la NANDA, lo que conlleva a seguir con diagnósticos anteriores que ya han sido eliminados; sin embargo en el diagnóstico enfocado al problema y el diagnóstico de riesgo son registradas como los diagnósticos más frecuentes. Y no se evidencian registros de diagnósticos de Promoción de la Salud y de los diagnósticos de síndrome, tal vez se deba a la falta de conocimiento de estos diagnósticos. Este desconocimiento y aplicación en la práctica afectaría en la planificación de los cuidados de enfermería e intervenciones de enfermería.

**Tabla 04**, se observa los Registros enfermeros según la correspondencia de la valoración con el diagnóstico enfermero realizado por el profesional enfermero, donde se observa que, el 58,67% los registros presentan coherencia entre la valoración y el diagnóstico.

La valoración adecuada y el diagnóstico correcto son los pasos más fundamentales en el proceso de enfermería (53,54)

El diagnóstico enfermero, que es un juicio clínico de los resultados de una valoración enfermera que describe las condiciones de salud/ procesos vitales, o una susceptibilidad para esa respuesta.

Gracias al juicio clínico obtenido de la valoración, obtenemos el diagnóstico de enfermería, el cual proporciona las bases para elegir las intervenciones enfermeras (44).

Al respecto Idrogo y Vásquez (7) para fortalecer la continuidad del cuidado es necesario considerar pautas en el registro de enfermería con: datos subjetivos (S), datos objetivos (O), diagnóstico (A), el plan de acción (P), las intervenciones (I), y la evaluación (E).

Una valoración incompleta o mal documentada no solo impide una comprensión real del estado del paciente, sino que también dificulta la selección adecuada de diagnósticos NANDA - I y la planificación de intervenciones efectivas (2,3).

Se asemejan al estudio de **Torres-Gómez, D; Zurita-Barrón, M; Vicente-Ru, M; Hernández-Vicente, I.** (21), donde mide las fases del proceso enfermero, identificación, valoración, diagnósticos NANDA, intervenciones NIC, evaluación de resultados NOC, mencionando en sus resultados que los indicadores que presentan menor calidad fueron: el registro de la etiqueta diagnóstica 67%, siendo en el servicio de urgencias los registros más deficientes en un 70,9%.

Difiere del estudio de **Inga, V; Sánchez, E.** (25), cuyos resultados en valoración el 42% aplican de forma regular, en diagnóstico el 72% lo aplica de manera regular y en Planteamiento el 68% lo aplica de manera regular, en la Ejecución el 52% lo aplica regularmente y en la Evaluación el 78% aplica de forma regular.

Difiere del estudio de **Figueira J., Corvalan P., Garrido M., et. al,** (14), hallaron que, al realizar la valoración del registro del Proceso

enfermero encontraron un bajo reporte de los diagnósticos de enfermería con un cumplimiento promedio del 8,11% de los documentos revisados.

Los registros de enfermería del servicio de emergencia más de la mitad se encuentran registrados coherentemente la valoración con el diagnóstico, lo que significa que se toman en cuenta los datos relevantes , el agrupamiento de los datos y los diagnósticos propios de la NANDA , y sin embargo menos de la mitad de los profesionales de enfermería los registros son incoherente conllevando a una selección inadecuada de diagnósticos NANDA - I , afectando las demás fases del proceso y afectando la calidad de atención que brinda el profesional. Sin embargo, es necesario mencionar que probablemente, debido al incremento de pacientes, lo que hace el enfermero es realizar registros poco legibles, y muy escuetos, sin tener en cuenta la importancia de una buena valoración y de un diagnóstico correcto.

Pero también existe otros factores para que la valoración y diagnóstico se vea afectado, se debe a la poca importancia que se le pueda dar, y el pobre interés por aprenderlo, no habiendo exigencia, ni auditoria de los registros de enfermería, se carece de

supervisión de los registros enfermeros, y a pesar que la ley del enfermero ordena el cumplimiento basado en la aplicación del PAE no se cumple al 100%.

Asumiendo las expresiones de Fay Glenn Abdellah que la enfermería ...es arte y ciencia que moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera individual.... Se hace necesario recrear en las enfermeras, el pensamiento crítico, el pensamiento lógico, ordenado y sistemático que corresponde al proceso enfermero, caracterizado por Abdellah en diez pasos para lograr el diagnóstico enfermero (juicio clínico) partiendo del conocimiento integral del ser humano en su proceso de salud – enfermedad.

## CONCLUSIONES

1. Los registros enfermeros: en la fase de valoración realizada por el profesional enfermero del servicio de emergencia, cumple con el registro en la hoja del PAE en la historia clínica (62,67%).
2. Los registros enfermeros: en la fase diagnóstico realizada por el profesional de enfermero el más registrado en la hoja de PAE, es el diagnóstico enfocado al problema (80,67%), seguido del diagnóstico de riesgo (18%).
3. Los registros enfermeros: en la fase diagnóstico: Tipo y componente realizada por el profesional de enfermero, según el tipo de diagnóstico: enfocado al problema en sus componentes: etiqueta, relacionado con y características definitorias son registrados (99,17%) (69,42%) (80,99%). Y en el diagnóstico de riesgo en sus componentes etiqueta y factor de riesgo son registrados (100%) (51,81%).
4. Los registros enfermeros según la correspondencia entre la valoración y el diagnóstico enfermero: los registros tienen coherencia entre la valoración con el diagnóstico (58,67%).

## RECOMENDACIONES

1. Al departamento de enfermería diseñar e implementar un programa integral de fortalecimiento del Proceso de Atención de Enfermería que combine capacitación, auditoría y retroalimentación continua, con el fin de mejorar la integración de la información y la coherencia entre la valoración y diagnóstico de enfermería en el servicio de emergencia.
2. A la responsable de capacitación del servicio de emergencia incorporar en su plan de capacitación talleres prácticos sobre la valoración de enfermería centrados en la recolección de datos del paciente, teniendo en cuenta los datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales.
3. A la jefatura de enfermería del servicio de emergencia desarrollar y adoptar una plantilla estandarizada para el registro de diagnósticos según NANDA - I, que oriente al profesional a incluir obligatoriamente todos los componentes del diagnóstico (etiqueta, factor relacionado y características definitorias) (etiqueta y factor de riesgo).
4. A la jefatura de emergencia promover sesiones regulares de simulación de casos clínicos y revisiones de hojas del PAE del servicio de

emergencia, enfocadas en la selección de datos relevantes, agrupamiento de datos y aplicación correcta del diagnóstico de la taxonomía NANDA-I, con el fin de reforzar el razonamiento clínico y la sistematización del proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro-LeFevre R. Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 236 p.
2. Castillo-Yépez M, Martínez-Vélez D. Relación entre valoración de enfermería y diagnóstico enfermero en unidades de hospitalización. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2020;28(3):151–7.
3. Salud Vital. ¿Qué son los registros de enfermería según la OMS? – Salud Mental [Internet]. 2023 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.saludvital.cl/preguntas/que-son-los-registros-de-enfermeria-segun-la-oms/>
4. Siguencia RMC, Plaza CMV, Coronel BGC, Sánchez JAM, Pérez GKQ. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Polo Conoc. 24 de agosto de 2021;6(8):672–88.
5. Raya DAA. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. [citado 18 de marzo de 2024];19(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180465394001/>
6. Martillo G. Calidad de Registros de Enfermería en el Área de Medicina Interna en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Periodo noviembre 2019-marzo 2020 [Internet]. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14944/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-603.pdf>
7. Idrogo A, Vásquez E. Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. Rev Científica Enferm Lima En Linea [Internet]. 8 de junio de 2020 [citado 17 de marzo de 2024];9(1). Disponible en: <http://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/18>
8. Lucena G. Biblioteca Las Casas. 2008 [citado 4 de marzo de 2024]. Lineamientos para la elaboración de los registros clínicos en las prácticas clínicas del Programa de Enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>

9. Martínez Cruz MY. Calidad del registro de enfermería en el servicio de emergencia adultos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao 2019 [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2019 [citado 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4315>
10. Schmidt SE. Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá. Salud Cienc Tecnol [Internet]. 2022 [citado 13 de octubre de 2024];2(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109114>
11. Saavedra-Grandez SG. Auditoría de registro para estandarizar calidad de información de las notas de enfermería en los servicios de internamiento en un hospital peruano. Rev Salud Amaz Bienestar. 20 de julio de 2022;1(2):e346.
12. Reyes E, Matzumura J, Gutiérrez H. Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas. Rev Cienc Tecnol. 28 de mayo de 2020;16(2):33–41.
13. Purwandari R, Kurniawan DE, Kotimah SK. Nursing Documentation in Accredited Hospital. J Keperawatan Indones. 31 de marzo de 2022;25(1):42–51.
14. Figueira-Teuly J, Corvalán P, Garrido M, Boyardi V, Oviedo A, Canova-Barrios CJ. Calidad de los registros de enfermería del servicio de internación gineco-obstétrica de un hospital público. Gac Médica Boliv. 2 de julio de 2024;47(2):15–9.
15. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Relevancia de las notas de enfermería en el ámbito hospitalario. 2016. Relevancia de las notas de enfermería en el ámbito hospitalario. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/?lang=es>
16. Ministerio de Salud. Manual de Indicadores Hospitalarios. Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública. 2001;(004):237.
17. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. 2009 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2021/10/codigo\\_etica\\_deontologia.pdf](https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2021/10/codigo_etica_deontologia.pdf)

18. Bautista LM, Vejar LY, Pabón MR, Moreno J, Fuentes L, León KY, et al. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Rev Cuid.* 5 de enero de 2016;7(1):1195.
19. Quispe EC. Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7088>
20. Santos I, Santos JM. Conocimiento científico y de implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería. *Rev CONAMED.* 2022;27(2):57–62.
21. Torres-Gómez D, Surita-Barrón M, Vicente-Ruiz M, Hernández-Vicente I. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horiz Sanit.* 3 de julio de 2021;20(3):315–28.
22. Castillo RM, Villa CM, Costales BG, Moreta JA, Quinga GK. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. *Polo Conoc Rev Científico - Prof.* 2021;6(8):672–88.
23. Morales Loayza SC, Roque Velásquez LM. Conocimiento y calidad del registro de enfermería (SOAPIE) en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua, 2022 [Internet]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023 [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3525>
24. Jiménez G. Calidad de los registros de enfermería del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital de Piura 2021 [Internet]. [Piura]: Universidad César Vallejo; 2022 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/80340>
25. Inga V, Sánchez E. Aplicación del SOAPIE en los Registros de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Sergio Bernales, Lima – 2020. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2020.
26. Colca J, Gomez J, Miranda L. Factores relacionados a la Calidad del Registro de Enfermería (SOAPIE) Área de Emergencia del Hospital Domingo Olavegoya, 2020 [Internet] [Tesis 2da especialidad]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2020 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en:

[https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6188/TESIS\\_2DAESP\\_COLCA\\_GOMEZ\\_MIRANDA\\_FCS\\_2020.pdf?sequence=1](https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6188/TESIS_2DAESP_COLCA_GOMEZ_MIRANDA_FCS_2020.pdf?sequence=1)

27. Tupiño Sanchez JM. Calidad de registros de enfermería y gestión del cuidado de enfermería en emergencia del hospital San Juan de Lurigancho -2019 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023 [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/112261>
28. Vilca L. Relación entre el estado post operatorio inmediato y los registros de enfermería en los pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 [Internet]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2020 [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/2926>
29. EnfermeríaVirtual. Faye Abdellah: Tipología de los 21 problemas de enfermería [Internet]. 2022 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/faye-abdellah-tipologia-de-los-21-problemas-de-enfermeria/>
30. Laura YS. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016 [Internet]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2017 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/3989>
31. Comisión Nacional de los Derechos Humanos México. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico [Internet]. Comisión Nacional de los Derechos Humanos México; 2012 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>
32. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Primera. Lima; 2016 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>
33. Rivas Espinosa JG, Martínez Salamanca FJ, Ibáñez Chávez DR, Aguilera Rivera M, Sánchez Noguez L. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas: Proposal for the Clinical Nursing Records Linking Taxonomy for Ulcers, Tracheostomy and Stomes. Rev CONAMED. 2009;14(4):30–6.

34. Cancela A, Fontán V, Martins A, Piriz Y, Vittola M. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad. [Internet]. [Montevideo]: Universidad de la República; 2010. Disponible en: <https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2010/FE-0345TG.pdf>
35. Torrecilla E. Necesidad de registrar en la profesión enfermera [Internet]. [España]: Universitat Internacional de Catalunya; 2015 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://recercat.cat/handle/2072/252220>
36. Quispe MC. Calidad de los registros de enfermería en el Servicio de Emergencia [Internet]. Universidad Cayetano Heredia; 2020 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8944>
37. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso de Enfermero. 5th ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2002. 274 p.
38. Segura LB, Obando R. Valoración de pacientes de emergencia: modelos de enfermería utilizados por el profesional [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2019 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39851>
39. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3. ed. St. Louis London: Mosby; 1994. 421 p.
40. Anglade C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional " Dos de Mayo" [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/990/Anglade\\_vc.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/990/Anglade_vc.pdf?sequence=1)
41. Consejo Internacional de Enfermeras. Clasificación Internacional para la práctica de enfermería [Internet]. Consejo Internacional de Enfermeras [CIE]; 2021. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-nuevo-conjunto-de-referencia-de-la-icnpsnomed-ct-para-la-practica-de-la-enfermeria-es>
42. Lundberg CB, Warren JJ, Brokel J, International N, Bulechek GM, Butcher HK, et al. Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care. J Nurs Inform OJNI. 2008;12(2):20.

43. Health Level Seven International (HL7). Health Level Seven International - Página de inicio | HL7 Internacional [Internet]. s.f. [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.hl7.org/>
44. NANDA International, Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023 [Internet]. Primera. Elsevier; 2021 [citado 17 de marzo de 2024]. 616 p. Disponible en: <https://tienda.elsevierhealth.com/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821221.html>
45. Tanner C. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *J Nurs Educ.* 1 de julio de 2006;45:204–11.
46. Koharchick L, Caputi L, Robb M, Culleiton A. Fostering clinical reasoning in nursing: how can instructors in practice settings impart this essential skill? *Am J Nurs.* 2015;115(1):58–61.
47. Banning M. The think aloud approach as an educational tool to develop and assess clinical reasoning in undergraduate students. *Nurse Educ Today.* 2008;(28):8–14.
48. De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, et al. “If it is not recorded, it has not been done!”? consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs.* junio de 2010;19(11–12):1544–52.
49. DAE Formación. ▷ Valoración y diagnóstico en el proceso enfermero [Internet]. Daeformacion. 2021 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://daeformacion.com/valoracion-diagnostico-pe/>
50. Enciclopedia Médica A.D.A.M. Profesionales en enfermería: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2019 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001934.htm>
51. Organización Mundial de la Salud. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. *Seventy-Fourth World Health Assembly.* 28 de abril de 2021;3.
52. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2019;30(1):36–49.

53. Bahrudin M, Sudiwati NLPE, Wulandari T. Development of Diagnosis Determination Model in Nursing Process based on Patient Centered Theory. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2019;13(4):1596.
54. Johnsen HM, Fossum M, Vivekananda-Schmidt P, Fruhling A, Slettebø Å. Teaching clinical reasoning and decision-making skills to nursing students: Design, development, and usability evaluation of a serious game. *Int J Med Inf.* octubre de 2016;94:39–48.
55. Tan MW, Lim FP, Siew AL, Levett-Jones T, Chua WL, Liaw SY. Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education. *Nurse Educ Today.* abril de 2021;99:104759.
56. Wiseman T, Kourouche S, Jones T, Kennedy B, Curtis K. The impact of whole of patient nursing assessment frameworks on hospital inpatients: A scoping literature review. *J Adv Nurs.* 2024;80(9):3448–63.
57. Castillo Siguencia RM, Villa Plaza CM, Costales Coronel BG, Moreta Sánchez JA, Quinga Pérez GK. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. *Polo Conoc Rev Científico - Prof.* 2021;6(8):672–88.
58. Figueira Teuly J, Canova Barrios CJ, Garrido M, Tallarita AD, Boyardi V, Cisneros MCE. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal. *Enferm Glob.* 2 de julio de 2022;21(3):464–87.
59. Kamitsuru S, Takáo Lopes C, editores. *NANDA International.: diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación : 2024-2026.* 13ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
60. Schmidt SE. Quality of nursing records in a sector of the Public Hospital of the City of Oberá. *Salud Cienc Tecnol.* 23 de julio de 2022;2:62.
61. Anim-Boamah O, Christmalls CD, Armstrong SJ. The Clinical Nursing Competency Assessment System of Ghana: Perspectives of Key Informants. *Sage Open.* abril de 2022;12(2):21582440221089960.
62. Mahama F, Ninnoni JPK. Assessment and Management of Postoperative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana. *Nurs Res Pract.* 18 de julio de 2019;2019:1–7.

63. Carpenito LJ, editor. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 15th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017.
64. Gligor LE, Rusu H, Domnariu CD, Müller-Staub M. The quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes in Romanian nursing documentation measured with the Q-DIO: A cross-sectional study. *Int J Nurs Knowl.* julio de 2024;35(3):298–307.
65. Sulzbach SR, Argenta C, Adamy EK, Meschial WC, Zanatta EA, Abido SC. Avaliação dos registros de enfermagem por meio do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes. *Rev Enferm UFSM.* 11 de julio de 2022;12:e26.
66. Gligor LE, Rusu H, Domnariu CD, Müller-Staub M. Investigating nursing documentation quality using Q-DIO: A multilevel regression analysis. *Int J Nurs Knowl.* 22 de mayo de 2025;2047-3095.70012.

# **ANEXOS**

## Anexo N° 1

### Lista de Cotejo

#### Registros enfermeros: Valoración y diagnóstico enfermero

**Autor: Arias, E y Chávez, Y**

La finalidad del presente instrumento es Analizar los registros enfermeros en valoración y diagnóstico por el profesional de enfermería de servicio de emergencia del HHUT, 2024.

**Instrucciones:** La Lista de Cotejo será llenada con información extraída de las historias clínicas (de la hoja de Proceso de enfermería). A continuación, se presentan los indicadores de las dimensiones de Valoración y Diagnóstico enfermero. Marque con una X, según corresponda: si cumple (1) y no cumple (0); con los criterios presentados en la siguiente lista. Es de carácter anónimo.

DIMENSIONES	CUMPLIMIENTO	
	SI	No
<b>1. Registra los datos subjetivos: (Motivo de consulta)</b> 1.1. Obtenida del propio paciente 1.2. Obtenido sus miembros de su familia 1.3. Proporcionados por el equipo de salud 1.4. Obtenida de la historia clínica anterior.		

<p><b>2. Registra los datos objetivos:</b></p> <p>2.1. Estado de conciencia</p> <p>2.2. Escala de Glasgow</p> <p>2.3. Examen físico: céfalo caudal</p> <p>2.4. Registra los signos vitales</p> <p>2.5. <i>Registra el peso/ HGT (En caso necesario)</i></p> <p>2.6. <i>Registra la escala de EVA (Considera si el paciente acude por dolor), y especifica el lugar del dolor.</i></p> <p>2.7. <i>Registra los aditamentos con que viene el paciente: CVC de alto flujo, bolsa colostomía, sonda vesical entre otros. (características y tiempo de permanencia)</i></p>		
<p><b>3. Registra los datos históricos:</b></p> <p>3.1. Registra si padece de enfermedades crónicas,</p> <p>3.2. Registra alergias a cierto medicamento</p> <p>3.3. Registra si tuvo, hospitalizaciones anteriores</p> <p>3.4. Registra pauta de comportamiento (Si es paciente psiquiátrico).</p>		

<p><b>4. Datos actuales:</b></p> <p>4.1. Registra resultados de imagenología: Radiografía, ecografía, Tomografía, Resonancia.</p> <p>4.2. Registra exámenes especiales: Hemocultivo, Coprocultivo, Urocultivo, BK, LCR, cultivo de aspirado bronquial.</p> <p>4.3. Registra los resultados de los datos actuales como Funciones vitales, resultados de laboratorio: HGT, gases arteriales, hemograma, hemoglobina, sedimento urinario y o EKG si amerita</p>		
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Inadecuado</b>
<p><b>1. Tipo de diagnóstico: Registra: (50%)</b></p> <p>1.1 EL Diagnóstico enfocado al problema</p> <p>1.2 EL Diagnóstico de riesgo</p> <p>1.3 EL Diagnóstico de Promoción de la Salud</p> <p>1.4 EL Diagnóstico de Síndrome</p>		

<p>2. <b>Componentes de un diagnóstico/</b> según tipo de diagnóstico (50%)</p> <p><b>Diagnóstico enfocado al problema:</b> Considerando sus componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacta el diagnóstico real (enfocado en el problema) considerando sus componentes (etiqueta, factor relacionado, características definitorias)</li> </ul> <p><b>Diagnóstico de riesgo:</b> La presencia de factores de riesgo indica que es probable que se desarrolle un problema a menos que intervenga la enfermera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacta el diagnóstico de riesgo considerando (etiqueta y factor de riesgo)</li> </ul>		
<p><b>Diagnóstico de Promoción de la Salud:</b> Es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacta el diagnóstico de Promoción de la salud considerando (etiqueta y características definitorias)</li> </ul> <p><b>Diagnóstico de Síndrome:</b> Es un juicio clínico R/C un grupo específico de Dx. de enfermería que ocurren juntos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redacta el diagnóstico de Síndrome considerando:(etiqueta, factor relacionado y características definitorias)</li> </ul>		
<b>DIAGNÓSTICO SEGÚN LA VALORACIÓN</b>	<b>Congruencia</b>	<b>Incongruencia</b>

<p><b>El Diagnóstico enfermero registra:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos relevantes en el diagnóstico (25%)</li> <li>2. Agrupamiento de los datos obtenidos (25%)</li> <li>3. Registro del Diagnóstico NANDA según la valoración realizada (Razonamiento deductivo a través de juicio clínico para el Diagnóstico de la NANDA). (50%)</li> </ol>		
--	--	--

**Escala de medición de Registros enfermeros en Valoración:**

Cumplimiento de Registro: > 70%

Cumplimiento mínimo de Registro: 51 – 69%

No cumple el Registro: < 50%

**Escala de medición de Registros en Diagnóstico enfermero**

Registro correcto: > 75 % - 100%

Registro Incorrecto: < 74 %

**Escala de medición Diagnóstico según la valoración**

Congruencia diagnóstica con la valoración:  $\geq$  75%

Incongruencia diagnóstica con la valoración: < 74%

## Anexo N° 2

### Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿De qué manera se realizan los registros enfermeros en valoración y diagnósticos por el profesional enfermero del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2025	<p><b>Objetivo General:</b> Analizar los registros enfermeros en valoración y diagnósticos por el profesional enfermero del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar los registros enfermeros en la fase de Valoración realizada por el profesional enfermero del servicio de emergencia.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general:</b> No hay hipótesis.</p>	<p><b>Variable única:</b> Registros enfermeros: en Valoración, Diagnóstico.</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación:</b> Esta investigación es de tipo descriptivo cuantitativo - retrospectivo.</p> <p>De diseño no experimental, de corte transversal.</p> <p>El esquema está determinado por:</p> <p style="text-align: center;"><b>nA1 → O1</b></p> <p><b>Donde:</b> <b>nA1:</b> Muestra de historias clínicas (hoja de PE)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar los registros enfermeros en la fase de Diagnóstico realizada por el profesional enfermero del servicio de emergencia.</li> <li>• Identificar en los registros enfermeros la correspondencia de la valoración con el diagnóstico enfermero realizado por el profesional enfermero del servicio de emergencia,</li> </ul>			<p><b>O1:</b> Descripción de los registros de enfermería: Valoración y Diagnóstico.</p>
--	--	--	--	---

## Anexo N° 3

### Opinión Jueces de Expertos

#### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

**“REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024”**

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado		✓			
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación	✓				
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos					
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada		✓			
5. La escala utilizada es la correcta		✓			
6. Los puntajes de calificación están acordes		✓			
7. Los ítems planteados representan al tema		✓			
8. Los reactivos siguen un orden lógico	✓				
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado	✓				
10. Se deben considerar otros ítems	✓				
11. Los reactivos miden realmente la variable	✓				
12. Los ítems están redactados claramente	✓				
13. Metodológicamente el instrumento es coherente	✓				
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables		✓			
15. En opinión generalizada el instrumento es valido	✓				



**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

**“REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024”**

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado	✓				
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación	✓				
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos	✓				
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada	✓				
5. La escala utilizada es la correcta	✓				
6. Los puntajes de calificación están acordes	✓				
7. Los ítems planteados representan al tema	✓				
8. Los reactivos siguen un orden lógico	✓				
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado	✓				
10. Se deben considerar otros ítems					
11. Los reactivos miden realmente la variable	✓				
12. Los ítems están redactados claramente	✓				
13. Metodológicamente el instrumento es coherente	✓				
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables	✓				
15. En opinión generalizada el instrumento es valido	✓				

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....  
.....

**DATOS JUEZ EXPERTO:**

Nombres y apellidos: Guadalupe Dionicia Castillo Loza  
Cargo: Miembro del Comité de Investigación  
Teléfono: 91611946  
Fecha: 19-10-24

UNIVERSIDAD DEL TACNA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HIBRIDO UNANUE DE TACNA  
  
**GUADALUPE DIONICIA CASTILLO LOZA**  
ENFERMERA PREVENCIÓN CEP N° 124  
**PIRMA DEL JUEZ**

EXPERTO

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

**“REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024”**

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado	✓				
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación	✓				
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos	✓				
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada	✓				
5. La escala utilizada es la correcta	✓				
6. Los puntajes de calificación están acordes	✓				
7. Los ítems planteados representan al tema	✓				
8. Los reactivos siguen un orden lógico	✓				
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado	✓				
10. Se deben considerar otros ítems	✓				
11. Los reactivos miden realmente la variable	✓				
12. Los ítems están redactados claramente	✓				
13. Metodológicamente el instrumento es coherente	✓				
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables	✓				
15. En opinión generalizada el instrumento es valido	✓				

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....  
.....

**DATOS JUEZ EXPERTO:**

Nombres y apellidos:         *Sonia Cruz Alvarez*          
Cargo:         *Inf. asistencial*          
Teléfono:         *956052309*          
Fecha:         *20/10/24*        

  
FIRMA DEL JUEZ

EXPERTO

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

**“REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024”**

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado	X				
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación		X			
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos	X				
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada	X				
5. La escala utilizada es la correcta	X				
6. Los puntajes de calificación están acordes	X				
7. Los ítems planteados representan al tema	X				
8. Los reactivos siguen un orden lógico		X			
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado		X			
10. Se deben considerar otros ítems		X			
11. Los reactivos miden realmente la variable	X				
12. Los ítems están redactados claramente	X				
13. Metodológicamente el instrumento es coherente	X				
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables	X				
15. En opinión generalizada el instrumento es valido	X				

**Observaciones:**

..... *causarse el fteel en procedimientos de referencia* .....

.....

.....

.....

**DATOS JUEZ EXPERTO:**

Nombres y apellidos: *Glady Aratía Torres*

Cargo: *Enfermera Asistente*

Teléfono: *952896833*

Fecha: *19/X/24*

EXPERTO

*Aratía*  
FIRMA DEL JUEZ  
*Glady Aratía Torres*  
ENFERMERA  
C.E.P. 12472 R.N.E. 7519

## Anexo N° 4

### Validación de Instrumentos

#### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto a continuación le presentamos el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

#### **REGISTROS ENFERMEROS: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS POR EL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024**

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

<b>ASPECTOS A CONSIDERAR</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. El Tipo de Estudio es adecuado					
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación					
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos					
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada					
5. La escala utilizada es la correcta					
6. Los puntajes de calificación están acordes					
7. Los ítems planteados representan al tema					

8. Los reactivos siguen un orden lógico					
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado					
10. Se deben considerar otros ítems					
11. Los reactivos miden realmente la variable					
12. Los ítems están redactados claramente					
13. Metodológicamente el instrumento es coherente					
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables					
15. En opinión generalizada el instrumento es válido					

**Procedimiento:**

**Primero:** se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios.

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Promedio
1	4	5	5	5	4,75
2	5	5	5	4	4,75
3	3	5	5	5	4,5
4	4	5	5	5	4,75
5	4	5	5	5	4,75
6	4	5	5	5	4,75
7	4	5	5	5	4,75
8	5	5	5	4	4,75
9	5	5	5	4	4,75
10	5	5	5	4	4,75

11	5	5	5	5	5
12	5	5	5	5	5
13	5	5	5	5	5
14	4	5	5	5	4,75
15	5	5	5	5	5

**Segundo:** con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde: DPP} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{15})^2}$$

**X=** Valor máximo en la escala concebido para cada ítem.

**Y=** Valor promedio por cada ítem

En este estudio la DPP hallada fue de: **0.9**

**Tercero:** determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$\text{Dónde: Dmax} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 + 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

**X=** valor máximo en escala para cada ítem (es decir 5)

**Y=** valor mínimo de escala para cada ítem (es decir 1)

La Dmax hallada fue de **15.49**

**Cuarto:** la Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de  $15.49/5 = 3.10$

**Quinto:** Con este último valor hallado, se construye una nueva valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

**Siendo:**

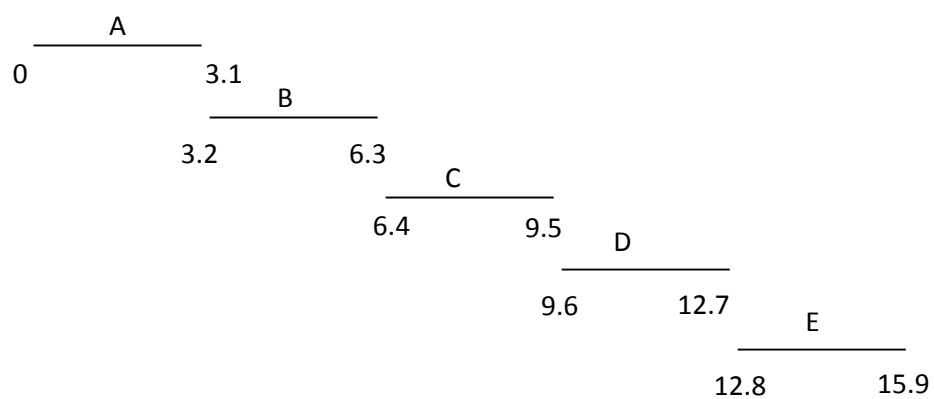
A = Adecuación total

B = Adecuación en gran medida

C = Adecuación promedio

D = Escasa adecuación

E = Inadecuación



Escala	Valoración	Valoración de Expertos
0 - 3.1	A = Adecuación total	DPP = 0.9
3.2 - 6.3	B = Adecuación en gran medida	
6.4 - 9.5	C = Adecuación promedio	
9.6 - 12.7	D = Escasa adecuación	
12.8 - 15.9	E = Inadecuación	

**Sexto:** El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración o modificación, luego de las cuales se someterá nuevamente a juicios de expertos. El valor hallado del DPP fue de **0.9** cayendo en la zona A, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.