

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE
RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO
PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTORES:

LUZ RAYDA BARTOLO INGARUCA

ESPERANZA VAREA CARBAJAL

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY PRESIDENTE
- MG. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN SECRETARIA
- LIC. ESP. CARMEN OLGA MALPICA CHIHUA VOCAL

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 218

Fecha de Aprobación de tesis: 14/11/2017

Resolución de Decanato N° 3265-2017-D/FCS de fecha 27 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A Dios por darnos la sabiduría y el conocimiento, a nuestros padres que nos dieron la vida y han estado con nosotras en todo momento gracias por darnos la oportunidad de estudiar una especialidad para nuestro futuro y por creer en nosotros aunque pasámos momentos difíciles siempre han estado apoyándonos y brindándonos su amor.

AGRADECIMIENTO

- A Dios Por ser nuestro guía y orientarnos en todo momento, por darnos la fe y la fuerza para seguir adelante.
- A nuestra familia, mi más sincero agradecimiento, por su amor, paciencia, dedicación, apoyo incondicional y ayuda para la consecución de nuestras metas personales y profesionales.
- A la Universidad Nacional del Callao por darnos la oportunidad de seguir una especialidad.
- Al personal de enfermería del Hospital Ramiro Priale Priale por acceder al permiso de la revisión de las historias clínicas.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Identificación del problema	5
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Objetivos de la investigación	10
1.4 Justificación	11
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes del estudio	15
2.2 Marco teórico	20
2.3 Definiciones de términos básicos	33
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	35
3.1 Definición de las variables	35
3.2 Operacionalización de variables	36
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	40
IV. METODOLOGÍA	41
4.1 Tipo de investigación	41
4.2 Diseño de la investigación	41
4.3 Población y muestra	42
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	43
4.5 Procedimientos de recolección de datos	45

V. RESULTADOS	46
VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados	51
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.	51
VII. CONCLUSIONES	58
VIII. RECOMENDACIONES	59
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63
• Matriz de Consistencia	64
• Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación.	66

RESUMEN

Una de estas herramientas son las notas de enfermería las cuales deben estar orientadas a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético legal, además de ser consideradas como un indicador para la calidad del cuidado, pero cuando estas no están adecuadamente elaboradas, las notas de enfermería dejan de cumplir una función importante en el cuidado enfermero, por lo que, movidos por conocer la calidad de las notas de enfermería, hemos realizado el presente estudio con el objetivo de establecer la calidad de los registros de enfermería citadas en las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo – 2017. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal, con diseño descriptivo simple, la técnica de recolección de datos fue el análisis de contenido, los resultados más importantes fueron: el 46,15% de las notas de enfermería son claras y legibles, el 38,46% presentan buena caligrafía, el 63,91% tienen sentido gramatical, el 36,09% no utiliza un modelo de enfermería para la valoración. El 37,28% de las notas no registran datos objetivos, el 15,38% no presenta la etiqueta correcta en la mención del diagnóstico, en el 12,43% no se evidencia el factor relacionado, 69,82% no toma en cuenta los diagnósticos potenciales, el 55% de las notas de enfermería no presenta objetivos realistas en función a la realidad de la infraestructura del hospital, el 95% de las notas no registra la identificación de estrategias, en el 92,9% no indica las dificultades durante la intervención, el 49,11% no registra el cumplimiento del tratamiento medicado.

Palabras Clave:

Calidad, notas de enfermería, recuperación post-anestésica.

ABSTRACT

One of these tools is the nursing notes which should be oriented to permanently document the care in a legal ethical framework, in addition to being considered as an indicator for the quality of care, but when these are not adequately elaborated, the notes of nursing fail to play an important role in nursing care, so, motivated by knowing the quality of nursing notes, we have carried out the present study with the objective of establishing the quality of the nursing records cited in the medical records of the patients in the post-anesthetic recovery unit (URPA) of the Ramiro Prialé Hospital - Huancayo - 2017. The type of study was descriptive, transversal, with simple descriptive design, the data collection technique was content analysis, the most important results were: 46.15% of the nursing notes are clear and readable, 38.46% present good calligraphy, 63.91% have grammatical meaning, 36.09% do not use a nursing model for valuation. 37.28% of the notes did not record objective data, 15.38% did not present the correct label at the mention of diagnosis, 12.43% did not show the related factor, 69.82% did not take into account the diagnoses 55% of the nursing notes do not present realistic objectives in function of the reality of the hospital infrastructure, 95% of the notes do not register the identification of strategies, in 92.9% it does not indicate the difficulties during the intervention, 49.11% did not register compliance with the medicated treatment.

Key words:

Quality, nursing notes, post-anesthetic recovery.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema

Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de instrumentos que la evalúen de forma sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados.

Una de estas herramientas son las notas de enfermería las cuales deben estar orientadas a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético legal, además de ser consideradas como un indicador para la calidad del cuidado.

(1)

El registro de toda la información referida al proceso del paciente va a contribuir a la mejora de los cuidados que prestamos y a la calidad de nuestros cuidados, aumentando la calidad percibida por el paciente que confirmará la continuidad de los cuidados independientemente de cuál sea el profesional que le atiende, por lo tanto, es imprescindible las notas de enfermería para un

aseguramiento de la continuidad de los cuidados y pilar básico en la calidad de los mismos. (2)

A nivel internacional la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México, alerta sobre la ausencia de normas en la elaboración de los registros de enfermería en su país, partiendo de la evaluación de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería realizaron la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, consultaron la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México, así como los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General, considerando la normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención del sector público. De todas estas revisiones y análisis, en México se concluye que no existe normatividad que incluya la revisión y supervisión de las diferentes estructuras que debería tener un reporte de enfermería, es por ello que en ese país se plantean instrumentos y normas que conduzcan a una elaboración de instrumentos para los registros del personal de

enfermería, que reúna los elementos esenciales de confiabilidad y validez, así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior se propone un instrumento para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería los que deben aplicarse bajo norma en instituciones de Salud pública y privada. (3)

A partir de un estudio en España, llegan a la conclusión que los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por lo tanto, requiere que se impulse normas técnico administrativas en su elaboración, ya que su contenido es de carácter legal. (4)

En España, García A, en su trabajo de investigación logra fomentar el desarrollo de la profesión, tanto a nivel práctico como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que un profesional de enfermería, se ha desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuada cumplimentación de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional como legal. (5)

A nivel nacional, en Piura se mediante un estudio se demostró que la mayoría de los profesionales de enfermería presentan mala calidad en sus notas de enfermería, seguidos de un

porcentaje significativo de regular calidad y sólo un mínimo porcentaje tienen notas de enfermería de buena calidad. (6)

En Lima, Remusgo, A. en un estudio realizado en el servicio de geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen se evaluó las características de los registros de enfermería, encontrando registros incompletos, la mayoría de ellos son semejantes, y solo se aplica la metodología del SOAPIE. (7)

Mariobo D. en Lima realiza un estudio sobre la calidad en la hoja de registros en el servicio de internación del instituto nacional de oftalmología gestión 2007- 2008, encontrando que la mayoría de registros evaluados se hallan inadecuadamente elaborados en su estructura, coherencia, claridad y además son incompletos, lo cual conduce a una práctica inadecuada del cuidado enfermero. (8)

A nivel regional, no se han observado antecedentes que trata en sobre la evaluación de la calidad de las notas de enfermería.

A nivel local, en el servicio de del hospital en mención existen 60 camas hospitalarias en total, con un promedio de atenciones de 25 pacientes/día por cada servicio, teniendo en cuenta que solo laboran 8 profesionales de enfermería en diferentes turnos, desarrollando funciones administrativas y actividades asistenciales basadas en el Proceso de Atención de Enfermería;

las mismas que son plasmadas en forma descriptiva y evidenciadas en los Registros de Enfermería como Notas de Enfermería, Kárdex, Hoja Gráfica de Signos Vitales y Hoja de Balance Hídrico, a la observación de las historias clínicas se evidencia que algunos registros presentan deficiencias como: datos incompletos, letra ilegible, no se emplea el registro de las anotaciones según el proceso de atención de enfermería (SOAPIE = Subjetivo, objetivo, análisis, plan, intervenciones y evaluación), no se consigna la terapéutica o fecha y hora de administración de los medicamentos y se omiten firmas y post firmas.

Son diversas las razones que se emplean para seguir justificando este hecho, como la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo asistencial por disminución de profesionales de enfermería, falta de aplicabilidad del SOAPIE, dificultades con la metodología y el desconocimiento del lenguaje adecuado.

Para conocer el real estado de las notas de enfermería y poder establecer las estrategias de mejora, se plantea la siguiente formulación del problema.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la calidad de las notas de enfermería citadas en las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017?
- ¿Cuál es la calidad de las características de forma de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la calidad de las notas de enfermería citadas en las historias clínicas de los pacientes de la unidad de

recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir la calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo – 2017.
- Describir la calidad de las características de forma de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación legal

La prevención de las complicaciones postquirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía, es una preocupación constante de los profesionales de enfermería, en quienes recae la responsabilidad legal de brindar cuidados dentro de los estándares de calidad, para que garanticen la salud, la recuperación y la vida de los pacientes, este estudio se da en respuesta a la ***norma técnica de salud para la atención*** en

procesos quirúrgicos, se descargó de la página web del Ministerio de Salud, con fecha 09 de noviembre de 2011. Denominado NTS N° 089-MINSA-DGSP-V.01, cuya **finalidad** es contribuir a mejorar la calidad de atención que se brinda al usuario en los procesos de anestesia, analgesia y reanimación cuyo objetivo es establecer las disposiciones técnicas para la atención anestesiológica en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Respaldados por los derechos a la salud individual y colectiva señalados en la Ley N° 26842, Ley General de Salud. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, por todo ello consideramos que nuestro estudio responde a las políticas de salud en el marco de la prevención y promoción de esta enfermedad mortal. (9)

1.4.2. Justificación teórica

La información que se genere de este estudio servirá para actualizarnos respecto a la calidad de los registros de enfermería, que es un documento en el cual se reporta el actuar del enfermero, los resultados deberán ser comparados dentro de las teorías del cuidado a fin de perfeccionar el actual del enfermero a partir de la información que se logre en este estudio a fin de que constituya en una fuente de primera mano,

que podrá ser utilizada en la redacción de textos referentes al tema como cuidados pre, trans y post quirúrgicos, enfermería en el cuidado del paciente anesteciado, calidad del cuidado enfermero en sus diferentes etapas, entre otros.

1.4.3. Justificación tecnológica

Los resultados del estudio permitirán la generación de sistemas informáticos basados en programas que faciliten el registro de las actividades del enfermero durante el proceso de atención, además la información que se obtenga en el presente servirá para la creación de una base de datos que funcione como un sistema de vigilancia en pacientes post operados y un monitoreo más eficaz.

1.4.4. Justificación económica

La prevención de las complicaciones postoperatorias, mediante un adecuado registro de las acciones de enfermería, permitirán reducir notablemente los costos que genera un tratamiento, los presupuestos para enfrentar un cuidado al paciente que se complica después de la operación, son muy elevados, además de ahorrar al estado, el paciente también tiene mayores posibilidades de tener menos días de estancia hospitalaria y pueda retornar a sus labores económicas lo más pronto en beneficio de la economía familiar.

1.4.5. Justificación social

Como resultado beneficioso del estudio, es que al detectar los errores que se cometen generalmente al rellenar los registros de enfermería, estos podrán ser corregidos o evitados, garantizando así una salud adecuada de quienes tienen que operarse en este hospital. Así mismo se desarrollaran diferentes actividades que fortalezcan los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre este aspecto, las cuales eran en beneficio directo a los profesionales y a los pacientes a los cuales brindan el cuidado.

1.4.6. Justificación práctica

En el Hospital Ramiro Prialé Prialé no existen buenas referencias en cuanto a los registros generados por los profesionales de enfermería, por lo que es necesario evaluar cuál es la calidad de los mismo a fin de poder proporcionar una información real y vigente que sirva de base para establecer cambios correctivos en los formatos, planes, registros, y demás evidencias del proceso de cuidado enfermero, de esta manera los datos de este estudio permitirán mejoras y cambios en la labor profesional del enfermero, enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente teniendo comprometida su labor en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

En Argentina, Blascetta, R. y Guzmán, J. 2013. mediante un estudio descriptivo, analítico transversal evaluaron los factores institucionales, profesionales y personales que intervienen en la elaboración de los informes de enfermería de los profesionales en el sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba, el estudio concluyo que los registros de Enfermería son una información documentada de los sucesos que se realizan sobre el paciente e intervenciones, están presentes en cada etapa del proceso de enfermería, sin embargo no están descritos bajo normas indicadas por la NANDA, encontraron una gran cantidad de registros en los que no se consideran las etapas del proceso enfermero de manera íntegra, clara y coherente. (10)

En Cuba, Sastre M. y Cols. realizaron un estudio sobre “Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud”. Llegando a la conclusión de que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene un gran valor científico-técnico en esta profesión, por lo que, en el municipio de Rodas, provincia Cienfuegos, se comenzó a aplicar desde el año 1995 a todos los grupos de riesgo fundamentalmente en el

Programa Materno Infantil y después a los diferentes programas priorizados en salud con resultados satisfactorios. Los resultados se han plasmado en informes que han sido presentados en eventos provinciales, nacionales e internacionales y han servido para la institucionalidad de la metodología y estructura en la formalización del registro de enfermería en ese país. (11)

En España, se parte de la ausencia de un adecuado control de la calidad de registros de enfermería, es también en ese país donde se observa no se aplican las normas básicas en la elaboración de dichos registros, esto a motivado a García, S. y Cols. a realizar un estudio denominado: "Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería", 2007. Cuyo objetivo era Conocer la importancia profesional y legal de los registros de enfermería, llegando a la conclusión que los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población. (12)

Argentina, Guzmán AJ. en su tesis titulada Factores que intervienen en la realización del informe de Enfermería según la opinión de los enfermeros en el Sanatorio Allende de la Ciudad de Córdoba. Septiembre / Octubre 2007 plantea como objetivo general Reconocer mediante un estudio descriptivo, analítico

transversal cuáles son los factores institucionales, profesionales y personales que intervienen en la elaboración de los informes de enfermería de los profesionales en el sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba donde concluyo que los registros de Enfermería son una información documentada de los sucesos que se realizan sobre el paciente e intervenciones, están presentes en cada etapa del proceso de enfermería, el tipo de estudio descriptivo, analítico y transversal, el Universo estuvo constituido por 141 Enfermeras/os que desempeñan funciones operativas , trabajo con una muestra de 50 elementos, seleccionados a través de un muestreo sistemático de tipo probabilístico, Los criterios utilizados para la realización fueron: personas de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 58 años y que desarrollaron un informe de enfermería, se utilizó la técnica de encuesta de modalidad cuestionario auto administrado.(13)

García A, en su trabajo de investigación: "Normas Básicas Para La Elaboración De Los Registros De Enfermería", España, abril del 2007. Cuyo objetivo era Conocer la importancia profesional y legal de los registros de enfermería, llegando a la conclusión que los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los

profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimentación los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario. Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, hemos desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuada cumplimentación de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional como legal. (14)

A nivel nacional, en Piura se llevó a cabo un estudio por Córdova, G. titulado: Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, Piura, 2010 donde demostró que la mayoría de los profesionales de enfermería presentan mala calidad en sus notas de enfermería, seguidos de un porcentaje significativo de regular calidad y sólo un mínimo porcentaje tienen notas de enfermería de buena calidad. (15)

En Lima, Remusgo, A. en un estudio realizado en el servicio de geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2001 Y 2002, concluyó que los adultos mayores tienen el nivel de satisfacción

medio con tendencia a un bajo nivel de satisfacción respecto a los cuidados de enfermería, incluyendo dentro de las características evaluadas a la calidad de registros de enfermería, encontrando registros incompletos, la mayoría de ellos son semejantes, y solo se aplica la metodología del SOAPIE. (16)

En nuestro país la calidad de la hojas de registros de enfermería ha sido cuestionada innumerables veces, sin embargo no existe información trascendente, por ello Mariobo D. realiza un estudio calidad en la hoja de registros en el servicio de internación del instituto nacional de oftalmología gestión 2007- 2008, encontrando que la mayoría de registros evaluados se hallan inadecuadamente elaborados en su estructura, coherencia, claridad y además son incompletos, lo cual conduce a una práctica inadecuada del cuidado enfermero. (17)

A nivel regional no existe información formal sobre la calidad de los registros de enfermería, sin embargo, se conoce que gran insatisfacción por la falta de normatividad y control de la calidad del registro de enfermería. (18)

2.2 Marco teórico

2.2.1 Calidad de los Registros de Enfermería

La calidad de las Notas de Enfermería se determina mediante el proceso de Auditoría; razón por el cual, a continuación, se presentan bases teóricas relacionadas a la Auditoría en Notas de Enfermería que se utilizan en el Proceso de Atención de Enfermería. (19)

A. Registros de Enfermería.

Los Registros de Enfermería como se les denomina, son de gran importancia para la gestión y mejora de los cuidados de enfermería durante el proceso de atención del usuario, estos son: Notas de Enfermería, Kárdex de Enfermería, Hoja Gráfica de Funciones Vitales y Hoja de Balance Hídrico.

Estos instrumentos permiten evaluar las intervenciones del profesional de enfermería, y su registro contribuye al proceso de atención integral de salud al contener información relevante para la toma de decisiones en el manejo del paciente. (20)

Los Registros de Enfermería, son documentos legales y su estandarización permite unificar su contenido, facilita su llenado, convirtiéndose en

fuerza de información para los procesos Administrativos y de Auditoría en Salud.

A continuación, se describe las Notas de Enfermería, de acuerdo al Instrumento de Auditoría para Enfermería elaborado por el Ministerio de Salud, con participación del personal de EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional (2010). (21)

B. Notas de Enfermería

Las notas de enfermería son un instrumento básico en el ejercicio del profesional enfermero. Proveen información sobre el estado diario del paciente desde el momento de su ingreso, cambios en su condición de salud, acciones de enfermería ejecutadas y resultados obtenidos, durante su estancia en el hospital hasta el momento de su alta.

La hoja de Notas de Enfermería forma parte de la Historia Clínica del paciente por tanto tienen validez legal. (22)

Objetivos

- Evidenciar a través de los registros que realiza la enfermera la calidad y continuidad de los cuidados

brindados por la Enfermera en los diferentes turnos a través de los registros

- Brindar una visión rápida y global de la evolución del estado del paciente.
- Constituir una de las más importantes herramientas de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Responsabilidad

Profesional de enfermería, que se encuentre laborando en el turno correspondiente.

Contenido y Llenado

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó al servicio, breve descripción de la condición y estado general del paciente, funciones vitales, biológicas, nombre y parentesco de la persona que acompaña al paciente
- Deberán consignarse los datos relevantes o incidentes que repercutan en la condición clínica del paciente en cada turno, y registrar la fecha y hora en las cuales las intervenciones de

enfermería fueron realizadas, las que deben ser consecutivas. Así mismo los cuidados brindados y el efecto logrado en el paciente durante todo el tiempo que dura su hospitalización o se encuentra en el servicio.

- Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El registro del tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Deberá consignarse al final de cada nota el Nombre, firma y número de colegiatura de la enfermera que ejecuto la intervención. De preferencia utilizar un sello en el cual se consigne el nombre y número de colegiatura, en este caso la enfermera registrara su firma.
- Deberán utilizarse los colores: Azul o negro para los turnos diurnos y rojo para el turno noche. (23)

C. Proceso de Atención de Enfermería

Según Cisneros, F, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es “un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación”. (24)

1) Primera Etapa: Valoración

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes: recogida de datos y documentación.

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base

para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. (16)

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

2) Segunda Etapa: Diagnóstico

Esta etapa comprende:

- Procesamiento de datos.
- Clasificarlos según dominios y según datos claves para cada clase.
- Interpretar los datos:
 - Buscar datos claves que indique riesgos, potenciales signos y síntomas.
 - Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir.
- Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

(25)

3) Tercera Etapa: Planificación

Esta etapa comprende:

- Selección de prioridades
- Determinación de los resultados esperados
- Determinación de las acciones para lograrlos
- Registro del plan. (26)

4) Cuarta Etapa: Ejecución

La ejecución del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como Urgencias, UCI; Salas de Parto hay protocolos y guías preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar en base a los mismos.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

Según Iyer, P y col (1997), citado por Cortez, G. la ejecución del plan, independientemente del escenario donde se cumpla, comprende tres subetapas: Preparación, Intervención y Registros. (26)

– **Preparación**

La etapa de preparación es necesaria para poner en marcha el plan.

– **Intervención**

El profesional de Enfermería procede a aplicar correctamente los protocolos de atención, evitando las negligencias y respetando los derechos del paciente

– **Registros**

El registro o carpeta del cliente es un compendio escrito sobre el estado de salud y el cuidado dado al cliente. Describe la salud del cliente, especifica las medidas diagnósticas y terapéuticas y las respuestas del cliente; éstos incluyen también los registros hechos por enfermería.

Son varias las razones por las cuales se producen y conservan los registros. Las más destacadas son:

Comunicación: mediante los registros se comunican los miembros del equipo de salud. Aun cuando hay comunicación verbal entre ellos, la comunicación escrita es eficiente y permanente. Se evitan errores y se puede pasar información de unos a otros.

Documentación legal: Los registros sirven para documentar defensas en juzgados y tribunales, siempre y cuando la ley lo permita o si el paciente no se opone por violación a su privacidad. Los registros, desde el punto de vista legal, pueden constituir pruebas para la defensa del personal de enfermería o médico o para la defensa del usuario.

Educación: los registros son muy valiosos para el proceso educativo de todos los profesionales de salud. En los registros se puede tener una visión completa del cliente, si todas las esferas del individuo se han considerado y si las disciplinas involucradas

has hecho registros.

Auditoria: los registros sirven también para controlar la calidad del cuidado que recibe el paciente y las capacidades del personal que da el cuidado. Una auditoria de enfermería revisa concretamente el cuidado de enfermería. Es con frecuencia de tipo retrospectivo del cuidado dado y se hace comparándolo con estándares o normas preestablecidas. (26)

5) Quinta Etapa: Evaluación

En esta etapa se procede a evaluar el cumplimiento del personal profesional de enfermería en cada una de las etapas anteriores: valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Bravo, M. afirma que la evaluación es la valoración de la respuesta de la persona a las intervenciones de enfermería y comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación.

Esta etapa ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad. (26)

2.2.2 MODELOS DE ANOTACIONES DE ENFERMERIA

A) ANOTACIONES ORIENTADAS AL PROBLEMA:

Es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos. En este sistema, la información esta enfocad a los problemas del paciente, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante. (27)

A.1) MODELO SOAPIE

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce

como estructura o reglas del registro de la enfermera.

Esta sigla SOAPIE, utilizada actualmente para el registro de enfermería se refiere a las variaciones comunes del formato mérito de creado hace diez años el concepto y la realización de los registros médicos orientados hacia los problemas (RMPO), conocido ahora en Estados Unidos como "ROP".

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.

O: Datos objetivos: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc.

A: Interpretaciones y análisis de los datos:
Puede ser real o potencial y siempre va el
"relacionado con" para determinar los factores
determinantes o condicionantes y el código de
diagnóstico de la NANDA.

P: plan de atención: se registra el objetivo de la
planificación, comprende lo que la enfermera
planifica hacer.

I: intervención o ejecución: Se refiere a ejecutar
el plan diseñado con la finalidad de resolver los
problemas identificados.

E: Evaluación de los resultados esperados se
evalúa eficacia de la intervención efectuada;
registrada en presente. Concluye con la firma del
colegio y sello de la enfermera que atención al
paciente.

2.3 Definiciones de términos básicos

NOTAS DE ENFERMERÍA

Es el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.

CALIDAD DE NOTAS DE ENFERMERÍA

Esta palabra se deriva del Griego Kalos que significa bueno, hermoso, apto, favorable y del Latín Qualittem que significa propiedad. La percepción del paciente y sus familiares sobre la calidad del servicio resulta de la comparación que hagan entre lo que reciben realmente y sus expectativas, es decir, lo que esperan, lo que consideran que debe ser y cómo desean recibirlo.

ENFERMERO:

Es una persona que ha sido formada en todos los ámbitos de las ciencias de la salud, y que se caracteriza por tener conocimientos de anatomía, fisiología, patología, epidemiología, semiología, procesos de valoración de Enfermería, docencia, administración, gerencia y otras áreas. Un enfermero jefe cumple funciones sociales; es capaz de investigar, interpretar y

proponer soluciones a los problemas de salud e interactuar en su comunidad en forma participativa. La vocación de servicio, la sensibilidad humana y social, la capacidad de interactuar con los seres humanos, en diferentes grupos sociales y de diversas edades, capacidad de tomar decisiones de manera asertiva, y afinidad por las ciencias de la salud son los rasgos que caracterizan la valía de un enfermero jefe.

SOAPIE

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

2.4 Variables

- **Variable de estudio:** Calidad de los registros de enfermería.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	ÍTEM	VARIABLE Y ESCALA DE MEDIDA
Calidad de los registros de enfermería	CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA	<p>Es claro y legible.</p> <p>Tiene buena caligrafía</p> <p>Tiene sentido gramatical</p> <p>Uso de abreviaturas comunes</p> <p>Es completa</p> <p>Se registra en cada turno</p> <p>Registra Fecha y hora de las anotaciones de enfermería.</p>	<p>Variable nominal – escala nominal.</p> <p>1 = si</p> <p>2 = no</p>
	CARACTERÍSTICAS DE FONDO DE LAS REGISTRO DE ENFERMERÍA	<p>Utiliza un modelo de enfermería para la valoración</p> <p>Registra datos objetivos</p>	<p>Variable nominal – escala nominal.</p>

		<p>Registra datos subjetivos</p> <p>Registra datos actuales</p> <p>Registra datos históricos</p> <p>Registra datos sin juicios de valor adelantados</p> <p>Registra el diagnostico utilizando un modelo de enfermería.</p> <p>En el diagnóstico la etiqueta es correcta y esta codificada dentro de la taxonomía del diagnóstico.</p> <p>En el diagnostico se evidencia el factor relacionado en función a la información valorada.</p> <p>En el diagnóstico de evidencia el término relacional.</p> <p>El diagnostico está estrechamente ligado a la información valorada en el paciente.</p> <p>Se toma en cuenta diagnósticos reales.</p> <p>Se toma en cuenta diagnósticos potenciales.</p>	<p>1 = si</p> <p>2 = no</p>
--	--	---	-----------------------------

		<p>Registra la planificación del cuidado.</p> <p>Señala los objetivos en función al paciente.</p> <p>Los objetivos son realistas en función a la infraestructura, equipos y materiales del hospital.</p> <p>Registra la identificación de estrategias para aplicar los objetivos.</p> <p>Registra la identificación de materiales para la ejecución de lo planificado.</p> <p>Registra la Planificación de acciones interdisciplinarias.</p> <p>Registra las actividades de educación en salud dadas al paciente y familia.</p> <p>Registra la participación del paciente y familia en los cuidados de enfermería.</p> <p>Realiza los registros de las intervenciones ejecutadas.</p> <p>Indica las dificultades y/o problemas durante la</p>	
--	--	---	--

		<p>intervención.</p> <p>Registra el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.</p> <p>Registra la evaluación por etapas.</p>	
--	--	---	--

3.3 Hipótesis general e hipótesis específica

3.3.1 Hipótesis general

Existe mala calidad de las notas de enfermería en la mayoría de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.

3.3.2 Hipótesis específicas

- La calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA), son inadecuadas en el Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo – 2017.
- La calidad de las características de forma de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA), son inadecuadas en el Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

- o Según el nivel de la investigación, el tipo de estudio fue explorativo, ya que de acuerdo a Hernández y cols. (2006), describió los hechos como son observados.
- o El diseño aplicado en la presente investigación fue de tipo observacional (no experimental), puesto que sólo se observó el fenómeno de estudio mas no se manipuló variable alguna (Independiente).
- o Asimismo, según la evolución del fenómeno estudiado, el diseño es de corte transversal, porque la variable se midió en un solo momento.
- o De acuerdo al periodo de los hechos evaluados, es una investigación retrospectiva, puesto que evaluó los registros de enfermería de meses de enero a marzo del 2017.

Diseño de la investigación

Debido a la presencia de una variable, el estudio adquiere un diseño Descriptivo Simple: como se muestra en el siguiente esquema:

$$M \text{ ————— } O1.$$

Donde:

M = Medición de las características.

O1 = Observaciones de la variable

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

Estuvo compuesta por 300 historias clínicas correspondientes a la cantidad de pacientes de alta en un periodo trimestral, de las cuales se evaluaron los registros de Notas de Enfermería del servicio de cirugía del hospital en mención, considerados en los meses de enero a marzo del presente año.

4.2.2 Muestra

La muestra fue de tipo probabilística, donde todas historias tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas dentro del periodo de estudio.

Tamaño de muestra:

El cálculo del tamaño de muestra se realizó mediante la aplicación de la fórmula de muestra para proporciones con poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (p)(q)(N)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 (p)(q)}$$

Dónde:

n= Tamaño de muestra.

Z = Valor estandarizado al 95%. = 1.96

p = Probabilidad de éxito = 0.5

q = Probabilidad de fracaso = 0.5

e = Margen de error = 0.05

N = Población Total = 300

Reemplazando valores:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(300)}{(0.05)^2(299) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{288}{1.7075} = 168.6676428$$

La muestra calculada es de 169 historias clínicas.

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

4.3.1 Técnica:

Para la evaluación de los factores:

Se utilizó la técnica del análisis de contenido, debido a que se trata de un tema que requiere del manejo de la historia clínica para ser rellenada.

4.3.2 Instrumento:

Se utilizó el instrumento denominado guía de análisis de contenido, los cuales fueron administrados para identificar el contenido de las historias clínicas.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez

Para la validación del instrumento de medición se utilizó la validez de juicio de expertos .Donde 3 expertos validaron el instrumento. Este tipo de validez enjuicia lo apropiado del instrumento y de las inferencias extraídas de las puntuaciones, esta validación se realizó por opinión de juicio de expertos.

Confiabilidad del Instrumento

Para la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba a un grupo piloto compuesto de historias clínicas evaluando la parte de las notas de enfermería, cuyas historias conformaron el grupo piloto. El coeficiente utilizado para la confiabilidad es el coeficiente de confiabilidad el análisis de Kunderson 20, Este coeficiente estima la consistencia interna de la prueba con items de escala dicotómica.

4.4 Procedimientos de recolección de datos

Los datos fueron procesados mediante la aplicación de tres etapas:

a.) Primero se organizó la información en una base de datos en el programa SPSS versión 23 – IBM y en la hoja de cálculo Excel, para ello se tabuló la información de acuerdo a las alternativas de respuesta que tiene cada pregunta.

b.) Segundo se aplicó la estadística descriptiva para la identificación de los conocimientos y prácticas de la madres sobre cáncer de mama, se elaboraron tablas de frecuencia mixtas y simples, así como también gráficos estadísticos de distinta naturaleza.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

TABLA N° 5.1

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA	SI		NO	
	F	%	F	%
ES CLARO Y LEGIBLE	78	46.15	91	53.85
TIENE BUENA CALIGRAFÍA	65	38.46	104	61.54
TIENE SENTIDO GRAMATICAL	108	63.91	61	36.09
USO DE ABREVIATURAS COMUNES	143	84.62	26	15.38
ES COMPLETA	55	32.54	114	67.46
SE REGISTRA EN CADA TURNO	155	91.72	14	8.284
REGISTRA FECHA Y HORA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA	105	62.13	64	37.87

GRÁFICO N° 5.1

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

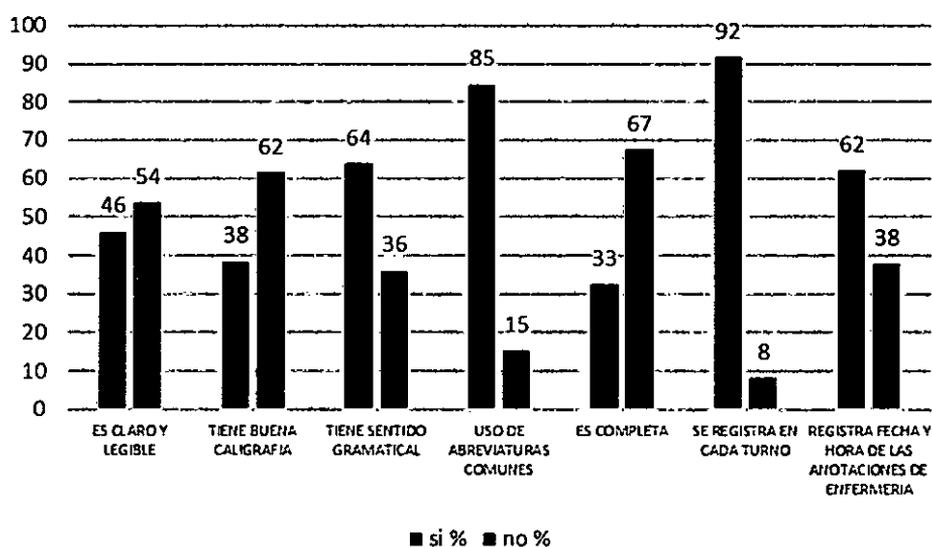


TABLA N° 5.2

CARACTERISTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

ASPECTOS RELACIONADOS AL FONDO (ETAPA VALORACIÓN)	SI		NO	
	F	%	F	%
UTILIZA UN MODELO DE ENFERMERÍA PARA VALORACIÓN	108	63.91	61	36.09
REGISTRA DATOS OBJETIVOS	106	62.72	63	37.28
REGISTRA DATOS SUBJETIVOS	113	66.86	56	33.14
REGISTRA DATOS ACTUALES	112	66.27	57	33.73
REGISTRA DATOS HISTÓRICOS	49	28.99	120	71.01
REGISTRA DATOS SIN JUICIOS DE VALOR ANHELADOS	36	21.3	133	78.7
REGISTRA EL DIAGNOSTICO UTILIZANDO UN MODELO DE ENFERMERÍA	142	84.02	27	15.98

GRÁFICO N° 5.2

CARACTERISTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

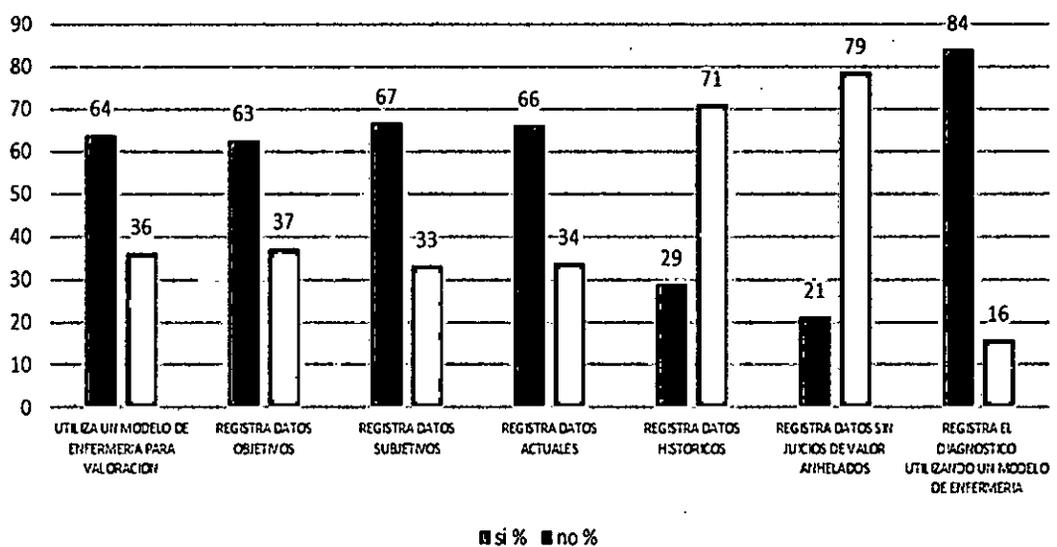


TABLA N° 5.3

CARACTERÍSTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

ASPECTOS RELACIONADOS AL FONDO (ETAPA DIAGNOSTICO)	SI		NO	
	F	%	F	%
EN EL DIAGNOSTICO LA ETIQUETA ES CORRECTA Y ESTA CODIFICADA DENTRO DE LA TAXONOMÍA DEL DIAGNOSTICO	143	84.62	26	15.38
EN EL DIAGNOSTICO SE EVIDENCIA EL FACTOR RELACIONADO EN FUNCIÓN A LA INFORMACIÓN VALORADA	148	87.57	21	12.43
EN EL DIAGNOSTICO SE EVIDENCIA EL TERMINO RELACIONAL	120	71.01	49	28.99
EL DIAGNOSTICO ESTA ESTRECHAMENTE LIGADO A LA INFORMACIÓN VALORADA EN EL PACIENTE	104	61.54	65	38.46
SE TOMA EN CUENTA DIAGNÓSTICOS REALES	123	72.78	46	27.22
SE TOMA EN CUENTA DIAGNÓSTICOS POTENCIALES	51	30.18	118	69.82

GRÁFICO N° 5.3

CARACTERÍSTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

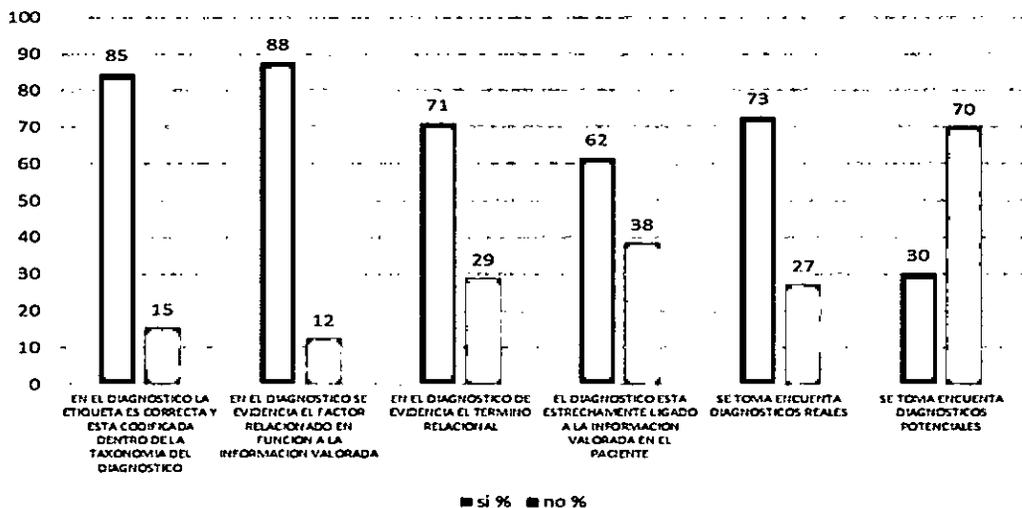


TABLA N° 5.4

CARACTERISTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO - 2017

ASPECTOS RELACIONADOS AL FONDO (ETAPA PLANIFICACIÓN)	SI		NO	
	F	%	F	%
REGISTRA LA PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO	112	66.27	57	7.5
SEÑALA LOS OBJETIVOS EN FUNCIÓN AL PACIENTE	89	52.66	80	10
LOS OBJETIVOS SON REALISTAS EN FUNCIÓN A LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y MATERIALES DEL HOSPITAL	86	50.89	83	55
REGISTRA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA APLICAR LOS OBJETIVOS	46	27.22	123	95
REGISTRA LA IDENTIFICACIÓN DE MATERIALES PARA LA EJECUCIÓN DE LO PLANIFICADO	12	7.101	157	95
REGISTRA LA PLANIFICACIÓN DE ACCIONES INTERDISCIPLINARIAS	34	20.12	135	95
REGISTRA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN EN SALUD DADAS AL PACIENTE Y FAMILIA	38	22.49	131	95

GRAFICO N° 5.4

CARACTERISTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO – 2017

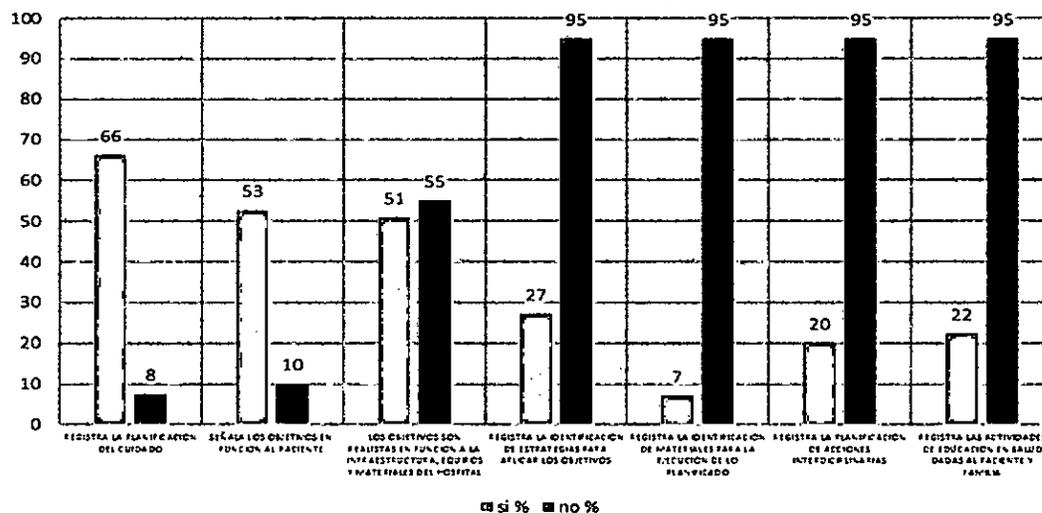


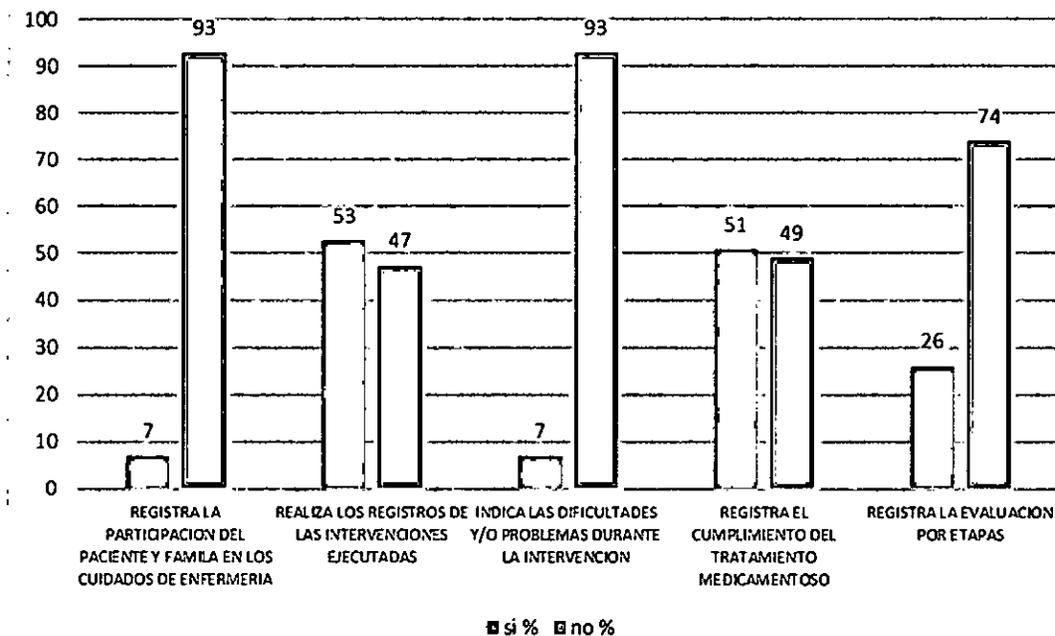
TABLA N° 5.5

CARACTERÍSTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE INTERVENCIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO – 2017

ASPECTOS RELACIONADOS AL FONDO (ETAPA INTERVENCIÓN)	SI		NO	
	F	%	F	%
REGISTRA LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	12	7.101	157	92.9
REALIZA LOS REGISTROS DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	89	52.66	80	47.34
INDICA LAS DIFICULTADES Y/O PROBLEMAS DURANTE LA INTERVENCIÓN	12	7.101	157	92.9
REGISTRA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO	86	50.89	83	49.11
REGISTRA LA EVALUACIÓN POR ETAPAS	44	26.04	125	73.96

GRÁFICO N° 5.5

CARACTERÍSTICAS DE FONDO EN LA ETAPA DE INTERVENCIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – HUANCAYO – 2017



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contratación de hipótesis con los resultados

Para la contratación de las hipótesis, solo se recurrió al uso del análisis estadístico descriptivo, ya que se trata de un estudio descriptivo con una sola variable. En todos los cuadros y gráficos se observa la información de la calidad evaluada desde dos aspectos, el fondo y la forma de la estructura de las notas de enfermería.

6.2 Contratación de resultados con otros estudios similares.

A nivel internacional se alerta sobre la ausencia de normas en la elaboración de los registros de enfermería tanto a nivel internacional como a nivel nacional, no existe una normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería, así mismo en el Hospital EsSalud Ramiro Prialé Prialé no se dan las principales normas y directivas para el control y supervisión de la calidad de las notas de enfermería, es por esta razón que existen innumerables casos de notas de enfermería que no responden al trabajo profesional del enfermero, debido a que muchas de ellas no guardan coherencia y lógica en el uso de una teoría de atención en enfermería.

Los profesionales de enfermería tienen una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen mucho tiempo. Los estudios realizados reflejan que los profesionales de enfermería pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno. Sin embargo, la mayor parte del tiempo, los enfermeros pasan repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina, entre un turno y otro. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo. Además, es posible que pasen por alto una importante información escrita, ya que los médicos y los profesionales de enfermería no leen con regularidad las notas de evolución de enfermería.

Actualmente, los cuidados sanitarios, con su mayor demanda de enfermeras y enfermeros profesionales requieren del desarrollo de un sistema de anotación profesional y eficiente. Las notas de enfermería sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio de los hospitales y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Cuando el expediente no es indicio

confiable del cuidado del paciente, es probable que si el paciente hace una demanda la gane.

Los profesionales de enfermería deben de familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros del hospital, igualmente es necesario conocer las normas profesionales que rigen la actividad de enfermería en nuestro país. Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, por ello los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales autorizadas.

La mayoría de los hospitales y demás centros no han examinado seriamente lo que realmente hace falta en estas notas y más aún no han analizado como se está registrando la información que los profesionales de enfermería consignan en las historias. Se debe partir evaluando las características positivas y negativas del trabajo actual que realizan los enfermeros y enfermeras, a fin de identificar y los motivos de la ausencia de registros de calidad, solo de esta manera se podrán corregir las deficiencias en las notas de enfermería, la tendencia del quehacer futuro del enfermero es la realización de un sistema de notas de enfermería

completas y coordinadas, que recojan más datos en menos tiempo y espacio.

Las notas de los cuidados de enfermería deberán ser pertinentes y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente. El documento será objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa.

El análisis de los resultados que se presentan a continuación, nos muestra la respuesta a la gran necesidad de conocer las características de los registros de enfermería y los factores que determinan la calidad de los mismos, de tal modo que los hallazgos en este estudio son beneficiosos en la toma de decisiones para obrar en favor de la actividad profesional del enfermero y enfermera.

La tabla 1 muestra que solo el 46,15% de las notas de enfermería son claras y legibles, el 38,46% presentan buena caligrafía, el 63,91% tienen sentido gramatical, el 84,62% usa abreviaturas comunes, solo el 32,54% es completa, el 91,72% se observa que se registra en cada turno. En el 62,13% se registra la fecha y hora de las anotaciones de enfermería.

Respecto a la evaluación de los aspectos relacionados al fondo, en la etapa de valoración el 36,09% no utiliza un modelo de enfermería para la valoración. El 37,28% de las notas no registran datos objetivos, el 33,14% no registran datos subjetivos, así mismo tenemos que el 33,73% no registra datos actuales. Aun es más preocupante encontrar el 71,01% de notas que no registran datos históricos, así mismo se observa que el 78,7% no registra datos sin juicios de valor anhelados, el 15,98% registra el diagnóstico utilizando un modelo de enfermería.

La evaluación de las notas de enfermería, respecto a la etapa del diagnóstico se observa que el 15,38% no presenta la etiqueta correcta en la mención del diagnóstico, en el 12,43% no se evidencia el factor relacionado en función a la información valorada. En el 28,99% de los diagnósticos no se evidencia el factor relacionado, el 38,46% de los diagnósticos no están relacionados estrechamente a la información del paciente, así mismo el 27,22% no toma en cuenta el diagnóstico los diagnósticos reales, un porcentaje más alto que llega al 69,82% no toma en cuenta los diagnósticos potenciales.

Para la etapa de planificación, se observa que el 55% de las notas de enfermería no presenta objetivos realistas en función a la realidad de de la infraestructura del hospital, el 95% de las notas

no registra la identificación de estrategias, materiales, acciones interdisciplinarias y actividades de educación en salud, por lo que se se supone no se realizan estas actividades de enfermería. En la etapa de intervención, según las notas de enfermería, el 92.9% no registra la participación del paciente y familia en los cuidados de enfermería, el 47,34% no realiza los registros de las intervenciones ejecutadas, en el 92,9% no indica las dificultades durante la intervención, el 49,11% no registra el cumplimiento del tratamiento medicado, el 73,96% no registra la evaluación por etapas al redactar las notas de enfermería.

Nuestros resultados fueron comparados con los siguientes investigadores:

En Argentina, Blascetta, R. y Guzmán, J. 2013. Indican que las notas de enfermería no están descritos bajo normas indicadas por la NANDA, coincidiendo con nuestro estudio ya que encontraron una gran cantidad de registros en los que no se consideran las etapas del proceso enfermero de manera íntegra, clara y coherente. (10)

En España, García, S. y Cols. llegan a la conclusión que los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población. (12)

En Argentina, Guzmán AJ. concluyó que los registros de Enfermería son una información documentada de los sucesos que se realizan sobre el paciente e intervenciones, están presentes en cada etapa del proceso de enfermería.(13)

A nivel nacional, en Piura Córdova, G. demostró que la mayoría de los profesionales de enfermería presentan mala calidad en sus notas de enfermería, (15) coincidiendo con nuestros resultados.

En Lima, Remusgo, A. encontró que las características evaluadas a la calidad de registros de enfermería, encontró registros incompletos, la mayoría de ellos son semejantes, y solo se aplica la metodología del SOAPIE. (16)

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- a) La calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería son inadecuadas en la mayoría de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo – 2017.
- b) La calidad de las características de forma de las Notas de Enfermería son inadecuadas en la mayoría de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.
- c) La calidad de las notas de enfermería es inadecuada en la mayoría de las historias clínicas revisadas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Empoderar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la calidad de las notas de enfermería mediante diferentes estrategias educativas.
2. Actualizar al personal más antiguo sobre la aplicación de diferentes metodologías aplicadas en el cuidado enfermero y las notas de enfermería.
3. Favorecer con mayor personal a fin de garantizar el tiempo suficiente para una buena calidad de notas de enfermería.
4. Viabilizar nuevos formatos de notas de enfermería a fin de garantizar su rapidez, oportunidad y claridad.
5. Sistematizar mediante el uso de la informática el uso de los registros de enfermería.
6. Establecer un sistema de vigilancia y control de las notas de enfermería por periodos cortos de evaluación de los mismos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **NANDA**, Introducción a los diagnósticos de enfermeros: precisión, aplicación en los distintos entornos y propuesta de diagnósticos para su admisión en la NANDA internacional/diagnósticos de enfermería. Edición 2009-2011/ Editorial Elsevier Primera parte /pág. 5
2. **Potter P.**, Pensamiento crítico en la práctica de enfermería / fundamentos de enfermería/ Volumen 1, Quinta edición. editorial Harcour Mosby Unidad 3 /pág. 326 diagnóstico de enfermero.
3. **NANDA**, Planificación de cuidados interrelaciones NANDA, NOC, NIC / diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2º Edición Elsevier Mosby Capitulo 3. Pág. 21
4. **Blascetta, R. y Guzmán, J.** Factores institucionales, profesionales y personales que intervienen en la elaboración de los informes de enfermería de los profesionales en el sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba. Argentina. 2010.
5. **Sastre M. y Cols.**, Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud. Cuba, 2009
6. **García, S. y Cols.** Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. España. 2007

7. **Córdova, G.** Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, Piura, 2010.
8. **Remusgo, A.** Nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados de enfermería en el servicio de geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2001 – 2002.
9. **Mariobo D.** Calidad en la hoja de registros en el Servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología gestión. Lima. 2007- 2008.
10. **Revista Enfermería Universitaria** escuela nacional de enfermería y obstetricia universidad Autonoma de México, ENEO-UNAM, Vol. 8; N°1, Enero-Marzo 2011 Calidad de los registros clínicos de enfermería
11. **Moreno M.** Universidad Autónoma De Nuevo León, México, Facultad De Enfermería en su tesis titulada “Percepción De Factores que influyen en la calidad del cuidado de Enfermería”, Julio de 1997
12. **Morales, L.** Registros de enfermería. 2012
13. **Rosales, B.** Fundamentos de enfermería, Tercera Edición 2006 Editorial “El manual moderno”. Pág. 9
14. **Ñañez, J.** Proceso de atención de enfermería. Primera Edición 2011. Pág. 25-29

15. **Colegio Nacional Enfermeros**, Guía para aplicar proceso de atención de enfermería/ cuarta edición febrero 2008.
16. **Cortez G. y Catillo F.** El proceso de atención de enfermería/www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.
17. **Santillana, T.** Aplicación práctica: proceso de atención de enfermería y registros. Primera Edición 2010/PAG 76-89
18. **Álvarez, M.** Informe de auditoría en notas de enfermería del servicio de medicina del HJCH – Piura, Perú: Departamento de Enfermería; 2001 nov.
19. **MINSA**, manual de indicadores hospitalarios, herramientas metodológicas en epidemiología en salud pública, Perú. 2001.
20. **Anglade, V.** "Características de las anotaciones de enfermería factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo. Disponible en URL, http://www.cibertesis.edu.pe/sisbib/2003/angalde_sources/pecho_tm.doc. [Citado el 2010 nov. 10].
21. **Mendez, C. y Cols.** Trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, Revista mejicana de de enfermería cardiológica. México. 2012.
22. **Brunner, I.** Bioética y su relación con la tecnología médica, 2012.

ANEXOS

ANEXOS

• Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TECNICA E INSTRUMENTO	VALOR FINAL
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería citadas en las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Establecer la calidad de los registros de enfermería citadas en las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe mala calidad de los registros de enfermería en la mayoría de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Calidad de los registros de enfermería</p>	<p>Variable 1:</p> <p>características de la forma del registro.</p> <p>características de la forma del registro.</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>Análisis de contenido.</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Gruía de análisis de contenido.</p>	<p>1 = si</p> <p>2 = no</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>- ¿Cuál es la calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo - 2017?</p> <p>- ¿Cuál es la calidad de las características de forma de las Notas de</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>- Describir la calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo – 2017.</p> <p>- Describir la calidad de las características de forma de las Notas de</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>- La calidad de las características de fondo de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA), son inadecuadas en el Hospital Ramiro Prialé Prialé – Huancayo – 2017.</p> <p>- La calidad de las características de forma</p>	<p>Población:</p> <p>600 historias clínicas</p> <p>Muestra:</p> <p>Se utiliza la fórmula de proporciones: 234 historias clínicas.</p>			

<p>Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé - Huancayo - 2017?</p>	<p>Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA) del Hospital Ramiro Prialé - Huancayo - 2017.</p>	<p>de las Notas de Enfermería de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de recuperación post-anestésica (URPA), son inadecuadas en el Hospital Ramiro Prialé - Huancayo - 2017.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

	CARACTERISTICAS DE FONDO DE REGISTRO DE ENFERMERÍA	SI	NO
8	Utiliza un modelo de enfermería para la valoración		
9	Registra datos objetivos		
10	Registra datos subjetivos		
11	Registra datos actuales		
12	Registra datos históricos		
13	Registra datos sin juicios de valor antelados		
14	Registra el diagnostico utilizando un modelo de enfermería.		
15	En el diagnóstico la etiqueta es correcta y esta codificada dentro de la taxonomía del diagnóstico.		
16	En el diagnostico se evidencia el factor relacionado en función a la información valorada.		
17	En el diagnóstico de evidencia el término relacional.		
18	El diagnostico está estrechamente ligado a la información valorada en el paciente.		
19	Se toma en cuenta diagnósticos reales.		
20	Se toma en cuenta diagnósticos potenciales.		
21	Registra la planificación del cuidado.		
22	Señala los objetivos en función al paciente.		
23	Los objetivos son realistas en función a la infraestructura, equipos y materiales del hospital.		
24	Registra la identificación de estrategias para aplicar los objetivos.		
25	Registra la identificación de materiales para la ejecución de lo planificado.		
26	Registra la Planificación de acciones interdisciplinarias.		
27	Registra las actividades de educación en salud dadas al paciente y familia.		

28	Registra la participación del paciente y familia en los cuidados de enfermería.		
29	Realiza los registros de las intervenciones ejecutadas.		
30	Indica las dificultades y/o problemas durante la intervención.		
31	Registra el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.		
32	Registra la evaluación por etapas.		

- Tabulación:

1 = si

0 = no

Baremo aplicado en el diagnostico de apreciacion de las notas de enfermería:

- Para los items de Forma:

Los puntajes de 1 a 3 serán categorizados como: Malo.

Los puntajes de 4 a 7 serán categorizados como: Bueno.

- Para los items de Fondo:

Los puntajes de 0 a 15 serán categorizados como : Malo.

Los puntajes de 16 a 32 serán tipificados como: Bueno.

Confiabilidad del instrumento

CONFIABILIDAD GENERAL:

Reliability Statistics		
Correlación por mitades	Correlación por mitades según Guttman	N of Items
.814	.821	32

CONFIABILIDAD POR ITEMS

Item-Total Statistics				
Items	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Correlación por mitades según Guttman
Es claro y legible.	37.57	161.909	.784	.910
Tiene buena caligrafía	37.33	159.471	.805	.920
Tiene sentido gramatical	37.80	172.303	.379	.970
Uso de abreviaturas comunes	37.47	160.947	.835	.910
Es completa	37.73	165.857	.695	.912
Se registra en cada turno	37.70	166.424	.610	.914
Registra Fecha y hora de las anotaciones de enfermería	37.77	166.323	.739	.950
Utiliza un modelo de enfermería para la valoración	37.70	164.217	.779	.860
Registra datos objetivos	37.73	169.099	.511	.856
Registra datos subjetivos	37.73	165.720	.703	.876
Registra datos actuales	37.67	166.644	.750	.910
Registra datos históricos	37.97	173.413	.560	.916
Registra datos sin juicios de valor adelantados	37.70	164.631	.756	.864

Registra el diagnostico utilizando un modelo de enfermería.	37.77	168.392	.610	.891
En el diagnóstico la etiqueta es correcta y esta codificada dentro de la taxonomía del diagnóstico.	37.90	171.472	.639	.846
En el diagnostico se evidencia el factor relacionado en función a la información valorada.	37.90	170.852	.695	.912
En el diagnóstico de evidencia el término relacional.	37.97	175.413	.514	.906
El diagnostico está estrechamente ligado a la información valorada en el paciente.	37.87	169.775	.642	.863
Se toma en cuenta diagnósticos reales.	37.77	165.357	.800	.873
Se toma en cuenta diagnósticos potenciales.	37.83	170.626	.556	.846
Registra la planificación del cuidado.	37.60	170.524	.386	.843
Señala los objetivos en función al paciente.	37.80	169.062	.646	.952
Los objetivos son realistas en función a la infraestructura, equipos y materiales del hospital.	37.73	169.444	.661	.921
Registra la identificación de estrategias para aplicar los objetivos.	37.73	167.237	.669	.925
Registra la identificación de materiales para la ejecución de lo planificado.	37.27	172.143	.564	.946
Registra la Planificación de acciones interdisciplinarias.	37.87	169.775	.642	.863

Registra las actividades de educación en salud dadas al paciente y familia.	37.71	161.785	.802	.878
Registra la participación del paciente y familia en los cuidados de enfermería.	37.57	173.947	.735	.900
Realiza los registros de las intervenciones ejecutadas.	37.73	165.857	.695	.912
Indica las dificultades y/o problemas durante la intervención.	37.70	166.424	.610	.914
Registra el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.	37.77	166.323	.739	.950
Registra la evaluación por etapas.	37.47	167.909	.744	.840