



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital
Regional de Ayacucho, 2009**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTOR

Briditt Palomino Zárate

LIMA – PERÚ
2010

**CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO-2009**

Mi profundo agradecimiento a la UNMSM y al Programa de Segunda Especialización en Enfermería, por darnos la oportunidad de ser profesionales con una alta calificación y calidad humana.

Al Hospital Regional de Ayacucho por las facilidades brindadas para la ejecución del presente estudio.

A la Mg. María Infante Contreras ,y Licenciada Juana Durand Barreto por dedicar su tiempo y estimular constantemente para la culminación del presente estudio.

A mi pequeño Yusuf, inspiración constante en el caminar al logro de mis sueños.

INDICE

	Pág.
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Presentación	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema	3
B. Formulación del Problema	5
C. Justificación	5
D. Objetivos	6
E. Propósito	6
F. Marco teórico	6
F.1. Antecedentes	6
F.2. Base Teórica	13
G. Definición Operacional de Términos	26
CAPITULO II. MATERIAL Y METODO	
A. Nivel, Tipo y Método	27
B. Área de Estudio	27
C. Población	27
D. Técnica e Instrumento	28
E. Procedimiento de Recolección de datos	28
F. Procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e Interpretación de datos	29
G. Consideraciones éticas	29
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	
30	
CAPITULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones	39
B. Recomendaciones	40
C. Limitaciones	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho 2009.	31
2	Calidad de las Anotaciones de Enfermería según la dimensión estructura en el Hospital Regional de Ayacucho-2009.	33
3	Calidad de las Anotaciones de Enfermería según la dimensión contenido en el Hospital Regional de Ayacucho-2009.	35

RESUMEN

AUTOR: Lic. BRIDITT, PALOMINO ZÁRATE.

ASESORA: Mg. MARÍA, INFANTE CONTRERAS.

Los **objetivos** fueron; identificar la calidad de las Anotaciones de las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho e Identificar la calidad de las anotaciones de las Enfermeras en la dimensión estructura y contenido. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal retrospectivo. La técnica fue la observación y el instrumento una lista de chequeo. **Resultados.** Del 100% (78), 66.67% (52) de las anotaciones presentan una calidad deficiente y 33.33% (26) son de buena calidad. En cuanto a la dimensión estructura, el 66.67 % (52) son de buena calidad y 33.33% (26) son de deficiente calidad, mientras que en el contenido 73.08% (57) son de deficiente calidad y 26.92% (21) son de buena calidad. **Conclusiones.** La calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son de deficiente calidad referido a que no coloca el cargo, no existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento. Acerca de la dimensión estructura un porcentaje considerable son de buena calidad referido a que contiene la firma de la Enfermera y el número de colegiatura, la letra es legible y contiene los datos del paciente; y según la dimensión contenido la mayoría son de deficiente calidad referido a que no registran la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad, así como el tratamiento y procedimientos futuros en el hogar, no señala la respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento, así como el registro de las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización.

PALABRAS CLAVES: ANOTACIONES DE ENFERMERÍA, CALIDAD.

SUMMARY

AUTHOR: Lic. BRIDITT, PALOMINO ZÁRATE.

ADVISER: Mg. MARIA, INFANTE CONTRERAS.

The objectives were; to identify the quality of the Annotations of the Nurses of the Regional Hospital of Ayacucho and To identify the quality of the annotations of the Nurses in the dimension structures and contained. Material and Method. The study was of applicative level, quantitative type, descriptive method, of retrospective cross section. The technique was the observation and the instrument a control list. Results. Of the 100% (78), 66,67% (52) of the annotations they present/display a deficient quality and 33,33% (26) are of good quality. As far as the dimension it structures, 66,67% (52) are of good quality and 33,33% (26) are of deficient quality, whereas in content 73,08% (57) they are of deficient quality and 26,92% (21) are of good quality. Conclusions. The quality of the annotations of Infirmary in the Regional Hospital of Ayacucho, in a considerable percentage is of deficient quality referred to that it does not place the position, does not exist spaces in target, does not register the reason by which it does not administer the medicine, as well as the reactions derived from the treatment. About the dimension it structures a considerable percentage are of good quality referred to that it contains the company/signature of the Nurse and the number of Fellowship, the letter is legible and contains the data of the patient; and according to the contained dimension the majority is of deficient referred quality to that they do not register the future information that offer to the patient and family him on the disease, as well as treatment and procedures in the home, does not indicate the answer before the care, treatment and procedure, as well as the registry of the answers of the patient before the hospitalization process.

KEY WORDS: ANNOTATIONS OF INFIRMARY, QUALITY.

PRESENTACIÓN

Tradicionalmente a la enfermería se ha considerado, como una disciplina práctica y probablemente el mayor logro alcanzado en las últimas décadas se basa fundamentalmente en el conjunto de conocimiento derivado de la ciencia. Con este cambio conceptual, la Enfermería tiene ahora la brillante oportunidad de consolidar su “status profesional”, tantas veces reclamado.

La profesión de enfermería en el Perú avanza al compás de la evolución de la ciencia, la tecnología, el aporte de las ciencias sociales y humanas, basándose su ejercicio en la atención de la persona, familia y comunidad. Cuidando las necesidades humanas fundamentales asumiendo plena responsabilidad ética y legal. De ahí que ante el avance científico tecnológico exige en el marco de la competitividad que el profesional elabore y/o valore los registros que cuenta con evidencia objetiva que permita reformular, mejorar o generar nuevos registros que garanticen el trabajo de Enfermería en el marco de la ley del Enfermero.

Por lo que los registros constituye una herramienta de gestión del cuidado en el cual se registra o anota los cuidados que la Enfermera proporciona diariamente a los pacientes, constituyendo un medio para evaluar la calidad de la prestación del cuidado y desarrollo de la profesión; toda vez que puede ser utilizado como evidencia en caso de demandas legales de cualquier tipo.

El presente estudio titulado “Calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho” tuvo como objetivo determinar la calidad de las Anotaciones de las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho. Con el propósito de proporcionar información actualizada acerca de la calidad de las anotaciones de Enfermería, si realmente refleja la calidad como atención segura, oportuna, continua y humana; información que será de mucha utilidad para los niveles directivos de Enfermería y del Hospital para la toma de decisiones sobre éstos registros tan importantes.

El estudio consta de Capitulo I. Introducción; el que contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos, Capitulo II. Material y Método; que incluye el nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

A pesar de la complejidad y transformaciones que vivimos en los últimos años, la salud ha cobrado un lugar importante en la agenda sanitaria mundial, al asumirse como aspecto central y condición fundamental de desarrollo sostenible. La Enfermería con el tiempo se ha desarrollado como profesión respondiendo a los cambios en la política sanitaria mundial, regional, además de las necesidades de la población, orientada cada vez más a mejorar su accionar en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

Los servicios de Enfermería como parte de las organizaciones sanitarias han necesitado en éstos últimos años adecuar su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad; así dentro de su práctica en el ámbito hospitalario, el profesional de Enfermería, dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes con diversos grados de complejidad, manejo de sofisticados equipos de alta tecnología, manejo de medicamentos y drogas diversas y junto con ellos el manejo de los correspondientes registros de Enfermería, tales como: kardex, balance hídrico, censos, anotaciones de enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado.

De modo que las Anotaciones de Enfermería como parte de los documentos que forman la historia clínica, es un formato en el que se registra el cuidado brindado al paciente, durante las 24 horas, desde la valoración, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería según las necesidades y/o problemas que presenta el paciente; como lo señala Méndez GC: *"...en general las notas de Enfermería sirven para registrar cinco clases de informe: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de Enfermería, medidas*

planeadas y ejecutadas por la Enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados” (1).

Asimismo las Anotaciones de Enfermería constituyen un medio de comunicación dentro del equipo multidisciplinario y son de suma importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina, para el mantenimiento de las actividades propias del área, así como para el paciente a quien se satisface sus necesidades. Las anotaciones de enfermería permiten seguir los cambios de estado del paciente, de tal manera que ayude a la enfermera en la toma de decisiones necesarias y asegurar la continuidad de los cuidados; de ahí la importancia que la Enfermera documente de forma adecuada sus hallazgos e intervenciones al brindar el cuidado .

En los servicios de hospitalización se observa que las anotaciones de enfermería no contienen información relevante que pueda servir al equipo de salud para la toma de decisiones, así los médicos, argumentan que carecen de información importante y solo utilizan la información verbal que les proporciona la enfermera sobre lo acontecido con los pacientes durante la noche y/o en el turno de mañana y tarde.

Al interactuar con los enfermeros refieren que les demanda mucho tiempo el registro de las notas de enfermería, por lo que con mucha frecuencia queda información sin anotar, consignándose mayormente datos rutinarios con poco valor informativo sobre el real estado del paciente; y al revisar los registros se evidencia: “paciente tranquilo, sin novedad, pasó la noche bien, tomó sus medicamentos”. Frente a ello surgen las siguientes interrogantes: ¿las anotaciones de Enfermería registran los cuidados brindados al paciente?; ¿las anotaciones de Enfermería responden a los estándares y normas establecidos?; ¿las anotaciones de Enfermería contienen información que permita la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente?, entre otras expresiones.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Frente a lo expuesto se creyó conveniente realizar el estudio sobre:

¿Cuál es la calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho?

C. JUSTIFICACION

La Historia Clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, ya que en él se registra el testimonio y se evidencia la relación entre el paciente y el hospital. Por lo que su utilidad e importancia se centra fundamentalmente en su valor legal, como informe de gestión e indicador de calidad, el mismo que permite realizar auditorías a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados, siendo la enfermera la que tiene mayor capacidad de informar continuamente sobre la evolución del paciente a todo el equipo de salud.

En este contexto la Enfermera en el marco de la Ley del Enfermero DL N° 27669, debe realizar las anotaciones de Enfermería en forma continua y oportuna, ya que constituye una fuente de datos para valorar y evaluar la calidad del cuidado de Enfermería que brinda en el marco de la calidad total y satisfacción del usuario, contribuyendo en la disminución de los riesgos y complicaciones a que está expuesto.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se formularon para el estudio fueron:

GENERAL:

Determinar la calidad de las Anotaciones de las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho.

ESPECÍFICOS:

- Identificar la calidad de las anotaciones de las Enfermeras según la dimensión estructura en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Identificar la calidad de las anotaciones de la Enfermeras según la dimensión contenido en el Hospital Regional de Ayacucho.

E. PROPOSITO.

Los resultados del estudio estuvo orientado a proporcionar información actualizada acerca de la calidad de las anotaciones de Enfermería, es decir si realmente se anota los cuidados que brinda en forma segura, oportuna, continua y humana; a los directivos del departamento de Enfermería y del Hospital para la toma de decisiones sobre estos registros tan importantes y la formulación de estrategias orientados a mejorar y optimizar la calidad de los registros a través de cursos de educación permanente al respecto y/o elaborar instrumentos para mejorar la calidad de los mismos.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de los antecedentes, se ha encontrado algunos trabajos relacionados. Así tenemos que:

En el ámbito internacional.

Lorena Chaparro Díaz y otros, en Colombia, el 2003, realizaron un estudio titulado “Registros del Profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado”, el cual tuvo como objetivo; responder: qué registra el profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, en los servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de II nivel”. El método fue descriptivo exploratorio transversal. El instrumento fue la lista de chequeo y la técnica fue el análisis documental. Las conclusiones fueron entre otras:

“...los registros de mayor uso son: la hoja de medicación, órdenes de Enfermería (pedido de insumos de Enfermería) y el chequeo de las órdenes médicas, adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de Enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que les son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto el tipo de registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo”.(2).

Silvia García y Angélica Meza, en Argentina, el 2003, realizaron el estudio titulado “Análisis de los informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes”. El objetivo fue conocer las actividades de Enfermería que se registran en los documentos: El método fue descriptivo de corte transversal retrospectivo. Las conclusiones fueron entre otras:

“... podemos resaltar que existe en general poco hábito de registrar las actividades propias de Enfermería, mientras que la transcripción de la órdenes médicas se realiza por norma... Además falta concientizar a muchos profesionales de la importancia de registrar sus actividades de forma tan detallada como sea posible, por las implicaciones que esto tiene tanto en el tema de la calidad de los cuidados como en aspectos legales, por no mencionar la medición del producto enfermero...” (3).

Sonia María del Olmo – Núñez y colaboradoras, en Madrid, el 2004, realizaron estudio sobre “El registro de Enfermería: un sistema de comunicación en una unidad de hospitalización del Hospital Clínico San Carlos de Madrid”, el cual tuvo como objetivo identificar el número, el tipo y la adecuación de las abreviaturas que se utilizan al escribir los comentarios evolutivos y el informe de enfermería al alta en una unidad de hospitalización. El método utilizado fue el descriptivo retrospectivo de corte transversal. Las conclusiones fueron entre otras que:

“Se revisaron 75 episodios en los que se identificaron 405 abreviaturas/siglas y 9 símbolos diferentes, de un total de 1201. El 85.7% de la abreviaturas no estaba incluido en el Diccionario de siglas médicas,...en la mayoría de las ocasiones su significado se debe deducir por el contexto. Aunque se halló un pequeño porcentaje de abreviaturas en los informes de enfermería al alta...”(4).

Edith Ruth, Arizmendi Jaime, en México, el 2006, realizó un estudio sobre “Registro de las notas de Enfermería como evidencia del cuidado otorgado en el Hospital N° 26 “Dr. Carlos Calero Elorduy”, el cual tuvo como objetivo identificar que registra el profesional de Enfermería como evidencia de los cuidados otorgados a los pacientes en los servicios de Ginec Obstetricia y Cirugía. El método utilizado fue el descriptivo exploratorio de corte transversal. Las conclusiones fueron entre otras que:

“El 83.4% del profesional de Enfermería conserva la relación existente entre la teoría y la práctica unificando criterios que responde a las necesidades de mantenimiento y manejo continuo y oportuno de los cuidados y el registro estandarizado de Enfermería en la práctica profesional. El mayor peso porcentual en la ejecución para los registros por el profesional de Enfermería es el Kardex con un 81.5%, seguido por la hoja de enfermería, con un 86.5% y la hoja de control de líquidos el 85.4%. Del total de los registros de enfermería revisado el 81.5% revisado corresponde a la frecuencia de casi siempre registra nombre, fecha, dieta, días de estancia, hora, signos vitales, medicamentos, soluciones, estado de conciencia, y motivo de ayuno, la posición que requiere el paciente la movilidad del paciente, eliminación urinaria y fecal, control de dieta ingerida. La frecuencia del registro sobre cirugía proyectada, número de días post operatorio, registro de los cuidados y/o procedimientos simultáneos o inmediatos, observaciones (precisas, concretas, legibles, sin tachaduras, registro de los apellidos y nombre del personal de enfermería fue del 83.4%”.(5).

En el ámbito nacional.

Marina Hermelinda, Condezo Martel, el 2008, en Lima – Perú, realizó un estudio sobre “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”. El objetivo fue determinar cómo se lleva el proceso de enseñanza aprendizaje generado durante la formación profesional, con la formulación correcta de las anotaciones de Enfermería y si existe una relación correcta en la elaboración de las anotaciones de Enfermería que realizan los internos de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el INMP, como resultado de su formación profesional. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método experimental. La población fue de 40 internos de Enfermería. Los instrumentos fueron un cuestionario y la lista de cotejo. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los internos de Enfermería no dan cumplimiento al proceso de enseñanza aprendizaje en relación a la correcta elaboración de las Anotaciones de Enfermería. El 70% (28) de las anotaciones que realizan los internos no se evidencia el uso de lapicero con colores oficiales según turno, el 100% (40) no evidencia el registro de la hora del procedimiento realizado en cada acción de enfermería, el 80% (32) no se evidencia el uso de abreviaturas de uso universal, el 52.5% (21) no tiene buena caligrafía, 47.5% (19) no evidencia buena ortografía y el 100% (40) evidencian el registro de firmas, nombre y apellido y utiliza sellos”.(6).

Norma S. Ruda Rojas, el 2007, en el Callao, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tiene las Enfermeras de sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren”. El objetivo fue, determinar el nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tiene las Enfermeras del sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal. El método fue descriptivo de corte transversal. La población fue de 60 enfermeras del sala de operaciones. El instrumento fue el cuestionario y la lista de cotejo, y la técnica la observación y observación. Las conclusiones fueron entre otras:

“Del 100% (60) se encontró que el 58% (35) tiene conocimiento medio, 25% (15) alto y 17% (10) bajo. El 57% (34) de los registros evidencian una aplicación inadecuada y un 43% (26) aplicación adecuada. En la dimensión de característica (objetivo – significancia – claridad – identidad - concisa-oportuna y completa) 63% (38) de los registros tiene una aplicación inadecuada, y 37% (22) adecuada. En la dimensión contenido 68% (41) son adecuados y 32% (19) de los registros de aplicación inadecuada”.(7).

Cynthia, Anglade Vizcarra, el 2003, en Lima - Perú, realizó un estudio titulado “Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2000-2002”. El objetivo fue; determinar las características de las anotaciones de enfermería y los factores asociados a su elaboración en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal; La población fue de 30 enfermeras y 240 anotaciones de enfermería. Los instrumentos elegidos fueron

el cuestionario y la lista de chequeo. Llegando a la siguiente conclusión entre otras:

“Las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativas, siendo solo el 14,5% significativa, lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basan en términos generales sobre el paciente. La elaboración de las anotaciones de enfermería se encuentran asociados a los factores personales e institucionales, evidenciando que en la población estos desfavorecen (70%) su elaboración destacando los indicadores interés personal y sobrecarga de trabajo respectivamente.” (8).

Verónica Roxana, Pretel Porras, el 2003, en Lima-Perú, realizó un estudio sobre “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería durante los Años 2000-2002 en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, el cual tuvo como objetivo general evaluar el contenido de las anotaciones de enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI. El método que utilizó fue el descriptivo exploratorio retrospectivo, la muestra la constituyeron 198 anotaciones de Enfermería. La técnica fue el análisis documental y el instrumento la lista de chequeo. Llegándose a las siguientes conclusiones entre otras:

“Las Anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 son en un 50% medianamente significativas, evidenciando que el cuidado brindado reflejado en este tipo de registros no ha sido integral, ya que el contenido de las anotaciones de Enfermería revisadas solo se basan en términos generales sobre el estado del paciente, siendo los cuidados brindados en su mayoría al área física encontrándose datos escasos de cuidados brindados que se encuentran área social y psicológica, resaltando así también la ausencia de información relacionada al área espiritual del paciente....solo el 21.8% es calificada como adecuada, lo cual indica que en más de la mitad de la población en estudio no considera entre sus criterios de elaboración datos importantes en base al PAE (Valoración, Planeamiento, Ejecución y Evaluación), lo cual no permitiría valorar en su mayoría el cuidado brindado al paciente y si estos cuidados ayudaron a revertir la situación existente. Lo redactado limitaría la posibilidad de ampliar la información sobre el paciente, por lo tanto la comunicación escrita y la continuidad de los cuidados que le son brindados al paciente. Existen anotaciones de Enfermería incompletas, siendo sólo de un turno de trabajo (6 horas) por todo el día”. (9).

Mariela Elida, Pecho Tataje, el 2003, en Ica, realizó un estudio titulado “Efectividad de un Programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ica -2003”. El objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo en el mejoramiento de conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería. La muestra estuvo conformada por 60 enfermeras asistenciales de los diferentes servicios del Hospital. Se utilizaron 2 instrumentos, una prueba objetiva que permitió medir los conocimientos y calidad de las anotaciones de Enfermería a través de una pregunta de aplicación y una lista de chequeo que midió la calidad de las anotaciones. La prueba fue aplicada en el pre-test y post-test, mientras que la lista de chequeo se aplicó 3 meses antes y 3 meses después de aplicado el programa. Los instrumentos fueron sometidos a juicio de expertos y validados con una prueba piloto. Las conclusiones fueron:

“Los resultados obtenidos fueron altamente significativos después de aplicado el programa evidenciando un mejor conocimiento y nivel de calidad de las anotaciones de enfermería comprobando así la efectividad del programa y la hipótesis planteada para el estudio.” (10).

Magdalena, Cunto Arone y Rubén, Escriba Palomino, en 1997, en Ayacucho, realizó un estudio “Calidad de la anotaciones de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Sub Regional de Ayacucho”, el cual tuvo como objetivo: identificar la calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Sub Regional de Ayacucho. El método fue descriptivo, analítico de corte transversal y retrospectivo. La técnica de recolección de datos fue la ficha valoración de las anotaciones de Enfermería. Las conclusiones fueron entre otras:

“...el 66.14% de los registros de Enfermería en relación a las etapas del tratamiento quirúrgico son de deficiente calidad, el 100% de las Enfermeras consideran al registro de Enfermería útil, 30% manifiesta que la elaboración de los mismos demanda tiempo” (11).

Norma Orellana y otros, en 1996, en Lima, presentaron el estudio titulado “Los registros de Enfermería: factor o indicador de eficiencia” en el XIII Congreso Nacional de Enfermería. El objetivo fue caracterizar la calidad de los registros de

Enfermería que se encuentra en las actividades hospitalarias, analizar las características de los registros como indicador o factor de eficiencia. El método fue descriptivo retrospectivo y analítico en el que se analizó las anotaciones de Enfermería de un semestre en los servicios de Pediatría, Cirugía, Medicina, Unidad de cuidados intensivos (UCI), y Recuperación de Pediatría. Las conclusiones fueron entre otras:

“Las características de los registros observados se tipifican porque son más frecuentes las anotaciones de colaboración que los propios. Las observaciones de los atributos de los registros, nos permiten concluir que es indicador indirecto de la calidad de los servicios de Enfermería, ya que no se puede pensar en una atención oportuna y coordinada si no existe referencia de horario y fecha, tampoco puede existir una atención segura si no existe registro o éstos son ilegibles”(12).

La enfermería como disciplina permite al profesional ser autónomo, pertenecer al equipo de salud, ya sea que éste se encuentre en el ámbito comunitario u hospitalario.

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

Los registros de la (el) enfermera(o) son de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte de la (el) enfermera (o), y finalmente para la institución prestadora de servicios porque hace parte de la calidad de atención y ofertada por los profesionales del equipo de salud en el que se encuentra laborando enfermería.

En la actualidad se habla mucho de calidad ya que todos queremos productos y servicios de calidad. Aunque este concepto no es nuevo, ha sido preocupación desde un inicio de la humanidad, de ahí que éste concepto sea tan antiguo como el hombre.

F.2. BASE TEORICA

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Un registro consiste en la comunicación por escrito de hechos esenciales para conservar una historia continua de los sucesos durante un periodo determinado. En los servicios de salud existen un sinnúmero de registros, muchos de los cuales son manejados por los profesionales de salud y que en conjunto conforman la historia clínica, la cual constituye un instrumento legal, en el cual las Enfermeras tienen una participación importante en razón a que manejan el registro de las anotaciones de enfermería, pues son las enfermeras las integrantes del equipo de salud que se encuentran en forma continuada junto al paciente, y pueden determinar las necesidades y cuidado que este necesita, ya sean cuidados del área biológica, psicológica, social o espirituales, es decir que la atención que brinda es un cuidado holístico.

ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Existen muchas definiciones relacionadas a las anotaciones de Enfermería que a continuación se detallan:

- Las anotaciones de Enfermería es el registro que realiza la enfermera sobre la valoración del estado del paciente, son descripciones de los cambios de su estado, tratamiento administrado así como posibles reacciones y cuidados brindados, asimismo la valoración de la respuesta de estos cuidados. Las anotaciones de Enfermería son parte de los registros existentes en donde se anotan actividades importantes comprendidas en la fase de ejecución o implementación del proceso de Enfermería, enfatizándose tanto las respuestas del paciente a su atención como su progreso hacia los resultados. (13).

- Por su parte Pecho señala que las anotaciones de Enfermería son instrumentos que permiten evaluar la calidad de las acciones de la enfermera, revisar que éstas hayan sido las debidas, por lo que deben ser evaluadas y controladas a fin de garantizar el cuidado y por ende la práctica de Enfermería. (14).
- Verónica Pretel Porras menciona que las anotaciones de Enfermería son los registros que realiza a diario la Enfermera en su labor asistencial, forman parte de la historia clínica, y es donde se comunica toda la información relacionada al cuidado y hechos esenciales que ocurren al paciente durante su hospitalización. (15).
- Son registros que realiza la Enfermera de hechos esenciales, que ocurren al paciente e incluye disposiciones elaboradas por la Enfermera y se agregan las respuestas del paciente. (16).
- Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad de la Enfermera referente al paciente, su tratamiento y evolución. (17).
- Es el registro que realiza la Enfermera sobre la valoración del estado del paciente, las descripciones de los cambios de su estado, tratamiento administrado, las posibles reacciones, los cuidados brindados, así como la valoración de la respuesta a éstos cuidados (18).

Importancia de las anotaciones de Enfermería, Se basa en las siguientes razones:

- Tienen un valor legal, en tanto forman parte de un documento legal como es la historia clínica del paciente en donde se registra todo lo acontecido durante la estancia hospitalaria del paciente; es decir no solo se registran las reacciones y evolución del paciente, sino también se registra la atención recibida (19). Dicho registro puede servir de respaldo; dado el caso; del

trabajo de la Enfermera; de allí la importancia de la necesidad que sean claros, precisos legibles, sin enmendaduras respaldadas por la firma, el número de colegiatura del profesional que registra el cuidado administrado. (20).

- Tienen un valor científico en tanto constituyen una fuente de investigación.
- Tienen un valor administrativo, pues constituyen un indicador de calidad que permite evaluar y documentar la calidad del servicio y por lo tanto tomar las medidas correctivas orientadas a vulnerar las áreas deficitarias, como puede ser actividades de capacitación.

Propósito de las anotaciones de enfermería:

Las anotaciones de enfermería son documentos que cumplen diversos propósitos, así las anotaciones de Enfermería sirven como una forma de comunicación entre los miembros del equipo de salud sobre la información del paciente y otra necesaria para el proceso de atención de su salud. (21).

Constituyen también un recurso importante para fines de investigación, pues la información recogida en ellas puede constituir una valiosa fuente de datos para la investigación, el método retrospectivo de casos, la identificación de problemas, el análisis documental, etc.

Asimismo las anotaciones de enfermería cumplen una función docente, en tanto sirven como un recurso para la enseñanza clínica y la educación en servicio, ya que con frecuencia la historia clínica y su contenido proporciona una amplia visión del cliente, su enfermedad y los factores que afectan su recuperación. (22).

Son un documento legal, por lo tanto es un documento admisible como prueba judicial, porque protege los intereses legales del paciente, el personal y la entidad prestadora de servicios de salud.

También las anotaciones de enfermería tienen una finalidad estadística ya que pueden constituirse en herramientas de ayuda a un servicio para prever y planificar necesidades y actividades en función de las necesidades de la población.

En el aspecto de gestión, las anotaciones de enfermería constituyen un importante instrumento de auditoría en tanto puede ser utilizada para establecer la forma como es administrado el cuidado e identificar fallas o fortalezas en este proceso de cuidar, por lo tanto sirve para fines de control y garantía de la calidad.

En los Estados Unidos existen agencias acreditadoras que señalan que el profesional de Enfermería debe buscar continuamente formas de mejorar la asistencia al paciente y debe hacerlo a través de la auditoría de los registros de Enfermería; estableciéndose que son criterios a tomar en cuenta con fines de auditoría en las anotaciones de Enfermería:

- Los pacientes deben recibir cuidados basados en la valoración en la que se deben considerar los factores biofísicos, psicosociales, ambientales y educativos.
- Los registros de Enfermería constituyen también un medio de comunicación del proceso de atención o cuidado de Enfermería a todo el equipo de Enfermería y equipo sanitario.
- El registro proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente (23).

Tipos de Notas de Enfermería

Existen diversas formas de presentación de las Anotaciones de Enfermería entre éstas tenemos los más importantes:

- * Sistema narrativo (anotaciones narrativas).- son un tipo de registros de sucesos que ocurren durante el turno del profesional de Enfermería, los que

son redactados en forma cronológica, detallando cada cuidado de Enfermería o actividad ejecutada, en coordinación con otros profesionales de la salud dentro de un periodo de tiempo específico (24). La frecuencia de la documentación dependerá del estado del paciente, siendo lo más habitual que el profesional de enfermería documente las observaciones en el transcurso de su turno y que incluya datos de valoración, ejecución y respuesta del paciente ante las intervenciones realizadas.(25).

- * Sistema orientado a problemas (anotaciones orientadas al problema).- es un método de registro orientado a problemas y dirigidos por metas. Las notas de Enfermería se organizan en base a los problemas donde cada problema se enumera en una lista para dar solución a cada uno y se registran según el número de problema, para facilitar la evaluación de la reacción del usuario a la intervención ejecutada (26).

Tiene dos componentes:

- Lista de problemas.- consiste en una serie acumulativa de problemas reales o potenciales del paciente que pueden hacer necesaria una intervención para mejorar su salud y bienestar.
- Las notas de evolución.- se han diseñado para documentar la respuesta del paciente al plan, la información de éstas notas ayudan a medir el progreso del paciente, asimismo permite a la persona que evalúa modificar el plan de intervención. El formato para las anotaciones es específico y estructurado siendo las siglas SOAPIE, siendo:
 - S = Datos subjetivos (síntomas que describe el paciente).
 - O = Datos objetivos (signos que el personal observa).
 - A = Valoración (conclusión del personal respecto a los datos, subjetivos y objetivos).
 - P = Plan (enseñanza del cliente inmediato y futuro).
 - I = Intervención (medidas de Enfermería adoptadas por el cliente).
 - E = Comprobación (evaluación, resultado de la asistencia al paciente)(27).

Contenido de las anotaciones de enfermería: Las notas de Enfermería suelen servir para anotar y proporcionar seis tipos de información:

- * Medidas terapéuticas que han llevado a cabo diversos miembros del grupo de salud. Respecto al tratamiento
- * Medidas ordenadas por los otros profesionales de salud y que ha sido realizado el personal de Enfermería.
- * Medidas de Enfermería que la Enfermera realiza según su criterio profesional para satisfacer necesidades específicas de un paciente.
- * Observaciones de la conducta del paciente, y otras que se consideran importantes para la salud general.
- * Respuestas específicas del paciente a la terapéutica y los cuidados administrados.
- * En muchas instituciones también se lleva en las notas de Enfermería un registro de la enseñanza que ha recibido el paciente. (28).

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA

En ese marco de la calidad, el cuidado de enfermería debe ser un cuidado de calidad que se evidencie en todo su proceso desde la planificación hasta la información y registro de los cuidados brindados.

Según ISO 8402:1994, referente a los términos relativos a la calidad, define al registro como el documento que proporciona evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, así un registro de calidad proporciona evidencia objetiva del grado de cumplimiento de los requisitos para la calidad (29). Por lo que la evidencia objetiva contiene información que puede ser

demostrada, en base a hechos obtenidos mediante la observación, medición, ensayo y otros medios (30).

La comunicación escrita y verbal entre los profesionales de la salud es sustancial a la calidad de la atención al cliente. Generalmente el personal se comunica a través de sesiones, informes y registros.

Dentro del proceso global de evaluación se deben considerar los criterios y los estándares, los cuales permiten promediar los valores observados individualmente y señalan por tanto el límite entre la calidad aceptable y la inaceptable. (31).

En relación con las áreas en que se puede llevar a cabo la evaluación de calidad en los registros de enfermería como parte del proceso de la gestión, el cual reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y del soporte administrativo financiero, en este enfoque, donde se trata de averiguar si se sigue el procedimiento correcto en lo relacionado con la atención ofrecida a los usuarios, tiene gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Se centra en las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería se evalúa hablando con el pariente, auditando la historia y observando las actividades de enfermería, cumplimiento de actividades y procedimientos conforme a normas y proceso de atención de enfermería, anotaciones de Enfermería, gráfica de signos vitales, kardex de enfermería. Existen preguntas que evalúan el proceso, ejemplo:

- Se registra correctamente la medicación?
- Se documentó la educación del paciente?
- Es completo el plan de cuidados? (32).

Entendiendo a la evaluación como el comparar algo con unos patrones o modelos determinados con el fin de valorar en qué medida se ajusta la realidad a los mismos, la determinación de la calidad de las anotaciones de Enfermería se tiene que realizar a través de un proceso de evaluación que permita determinar si es una anotación de calidad o no. Para ser considerados como una ANOTACIÓN DE ENFERMERÍA DE CALIDAD, éstas deben ser:

- Objetivos y completos, pues deberán registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas.
- Exactos, concisos: debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente.
- Actualizados, organizados y confiables, porque cuando se documente de forma apropiada los hallazgos e intervenciones, proporcionaremos a los futuros lectores (miembros del equipo de salud) todas las herramientas necesarias para asegurar, de forma oportuna, la continuidad de los cuidados para el paciente. (33).

Los criterios de calidad de una anotación, deben evaluar cómo se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnico, la satisfacción de los usuarios internos (enfermeros) y los externos (población-pacientes), que permita el avance del conocimiento enfermero.(34).

La calidad de las anotaciones de enfermería se puede considerar en dos dimensiones.

- * **En su estructura;** referida a los aspectos relacionados con su significancia y los aspectos físicos de su redacción; al respecto se considera que las anotaciones de enfermería deben:
 - Ser continuas, conteniendo información sobre el estado del paciente, la valoración de su progreso respecto al tratamiento administrado.

- Ser significativas, en tanto emite un juicio e identifica problemas del paciente basado en un marco teórico.
- Ser legibles, utilizando la escritura y terminología correctas, evitar abreviaturas no aprobadas. No suponer que el lector (demás miembros del equipo de salud) “conocerá” su significado, no olvidar que se registra para comunicar, si el siguiente lector interpreta mal lo escrito entonces la comunicación no ha logrado su objetivo.
- Ser comprensibles, es decir deben estar redactadas en un lenguaje claro y sencillo, sin ambigüedades a fin de evitar confusiones.
- Ser precisas refiriéndose a que los hechos deben ser registrados con exactitud.
- Debe estar libre de borrones y enmendaduras, en caso de error debe rayarse la palabra errada y anotar: error entre paréntesis seguida de la firma de la enfermera.
- Consignar fecha y hora
- Consignar la firma con el número de colegiatura del profesional que ha realizado la anotación (35).

* **En su contenido:** en este aspecto se considera el tipo de información que contiene; dicha información debe abarcar desde su ingreso hasta su alta, teniendo presente que estos registros deben reflejar aspectos que van a permitir la evaluación diaria del paciente. Dicha información deberá estar relacionada con:

- Evaluación física: debiendo registrarse datos de la valoración, considerando las diversas esferas del paciente con un enfoque holístico, las complicaciones y secuelas relacionados a la enfermedad, signos y síntomas, así como la identificación de problemas reales o potenciales.
- Estado de conciencia, en la cual se tomen en cuenta la capacidad de comprender al paciente, sobre su enfermedad, tratamiento y procedimiento que se le realizan, así mismo incluir estados de ánimo, percepción, orientación.

- Comportamiento-interacción referido a la respuesta que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización ante el cuidado que se brinda, hacia otros pacientes, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.
- Apariencia y condiciones físicas: se incluyen signos vitales, actividades de descanso, apetito, higiene, vestido, deambulaci3n.
- La educaci3n e informaci3n brindada por la Enfermera al paciente y familia sobre la enfermedad, tratamiento, as3 como procedimientos que se le realizan.
- Coordinaci3n, es la informaci3n sobre las acciones o gestiones realizadas en las diversas instancias de la instituci3n para la atenci3n del paciente.
- Plan de intervenci3n: son las acciones planificadas y organizadas en base a las necesidades y problemas identificados en el paciente y que al ser ejecutadas van a dar como resultado los cuidados de enfermer3a. (36).

Es as3 que la norma t3cnica de salud para la gesti3n de la Historia Cl3nica, del Ministerio de Salud, como disposici3n general se3ala que:

“Los formatos que forman parte de la Historia Cl3nica, deben consignar los nombres y apellidos del paciente y n3mero de la historia cl3nica, en lugar uniforme y de f3cil visibilidad” igualmente menciona “Todas las anotaciones contenidas en la Historia Cl3nica, deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando s3lo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas internacionales y otras que hayan oficializado las instituciones. En ning3n caso se permitir3 el uso de siglas en los diagn3sticos”.

Y en los “formatos especiales” hace referencia a las NOTAS DE ENFERMER3A las mismas que deben contener:

- Nota de ingreso: fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: Funciones vitales, funciones biológicas, estado general.
- Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora.
- Tratamiento aplicado.
- Nombres y Apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera. (37).

LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA

La Enfermería es la disciplina de las ciencias de la salud, que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, prevención de la enfermedad en personas sanas, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. La Enfermera ejerce sus funciones en diversos contextos laborales, tanto en el sector público como en el sector privado, en los centros de salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria.

La profesión de Enfermería a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia a las necesidades del cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre la Enfermera (o) ha cuidado a las persona apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos.

La enfermería es identificada como un servicio esencial de la atención de salud que se ofrece a través del establecimiento de un proceso interpersonal entre el individuo, familia y/o grupos de la comunidad y el personal de enfermería, por medio del cual identifica y resuelve los problemas de naturaleza biosicosocial mediante actividades planeadas. La Enfermería es el arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y bienestar, con una concepción holística del hombre, basándose en fundamentos teóricos, metodológicos propios” (38).

En el Perú, el trabajo del Enfermero está enmarcado por la Ley del Enfermero N° 27669, que en sus artículos mencionan:

Artículo 2º, Rol de la profesión de Enfermería, menciona: *“La Enfermera (o) como profesional de las Ciencias de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población”* (39).

La Enfermera desarrolla su quehacer en cuatro grandes funciones:

- Asistencial: proporciona atención directa de Enfermería de alta calidad a pacientes asignados, basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Practica y fomenta el trato respetuoso y humanizado para el paciente, familia y compañeros de trabajo.
- Educativa: en tanto la enfermera educa al paciente, familia y comunidad, sobre el proceso de salud-enfermedad, medidas preventivas y de rehabilitación. Ejerce consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emite opinión sobre materias propias de Enfermería.
- Administración - Gestión: pues aplica el proceso administrativo (planificación, organización, coordinación, ejecución y evaluación) tanto en la gestión del cuidado como de los servicios de enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales. Asimismo ejerce dirección y jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería. Dirige y controla los recursos de personal y materiales dentro del ámbito de su competencia. Desarrolla instrumentos de gestión.
- Investigación: en tanto realiza y/o participa en estudios de investigación en el campo de Enfermería y de salud; aplicando el método científico para conocer el origen de los problemas relacionados con la salud de la

población y de enfermería, contribuyendo así al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la sociedad. (40).

Al respecto Ofelia Ortiz Carrillo señala que *“...hacer el registro de los cuidados que la Enfermera proporciona diariamente, a los pacientes es una tarea esencial, es la herramienta a través del cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de Enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente”*. (41).

Las anotaciones de Enfermería son fundamentales para:

El desarrollo profesional de Enfermería, porque plasma en él su desempeño y su labor, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados, ya que es un instrumento básico del ejercicio profesional, pues con ello puede tener una visión completa y global del paciente y a futuro demostrar documentalmente las prácticas realizadas.

Las anotaciones de Enfermería pueden ser utilizadas como documento legal, si están bien realizadas proveen una sucinta información sobre el estado diario del paciente con los cambios en su situación y las acciones emprendidas además de los resultados obtenidos durante su estancia en el Hospital.

F. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Calidad de las anotaciones.- Son las características que poseen las anotaciones de enfermería según estándares establecidos, elaborados teniendo en cuenta la estructura y contenido. El cual fue obtenido a través de una hoja de registro y valorado como bueno y deficiente.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. NIVEL, TIPO Y METODO

El presente estudio fue de nivel aplicativo, porque el problema parte de la realidad para transformarlo, tipo cuantitativo ya que los resultados se han asignado un valor numérico, método descriptivo de corte transversal retrospectivo ya que los datos fueron obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, el mismo que se encuentra ubicado la Av. Independencia N° 355 del distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga en el Departamento de Ayacucho. El Hospital Regional de Ayacucho es el establecimiento de mayor complejidad en el departamento y es centro de referencia de patologías complejas de las provincias y distritos de los departamentos de Huancavelica, Cuzco y Apurímac. Su ámbito de acción es para una población que supera 500 mil habitantes y centra su campo de acción en cinco grandes áreas; hospitalización, consultorios externos, emergencias, servicios centrales y de soporte, y atención en estrategias de salud pública.

C. POBLACION

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de los diferentes servicios de hospitalización. La muestra se conformó con las historias clínicas con notas de Enfermería de pacientes hospitalizados durante los meses enero, febrero y marzo del 2009.

Los criterios de inclusión fueron:

- Historias clínicas que contenían más de 6 anotaciones de Enfermería.
- Anotaciones realizadas durante los meses de enero, febrero y marzo del 2009.

Los criterios de exclusión fueron:

- Historias clínicas que no contenían anotaciones de Enfermería, como las historias hechas en el servicio de emergencia.

D. TECNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue el análisis documental y el instrumento una lista de chequeo, el mismo que fue sometido a juicio de expertos (8) a fin de determinar la validez del contenido y constructo mediante la prueba Binomial y la tabla de concordancia (Anexo C). Luego se realizó la prueba piloto a fin de establecer la validez y la confiabilidad estadística mediante la prueba de alfa de Crombach. (Anexo D)

E.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo correspondiente a través de documentos emitidos al Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ayacucho para obtener la autorización del campo de investigación, adjuntándose el resumen del proyecto. Luego se realizó la coordinación pertinente con la jefatura de Estadística, para poder contar con las historias clínicas. El cual fue realizado en dos semanas, a diez historias clínicas por día, en horario de 14:00 a 19:00 horas, haciendo un total de 78 historias clínicas.

F.- PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (Anexo F). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se aplicó la estadística descriptiva mediante el promedio aritmético a fin de determinar la calidad en buena y deficiente de manera general y por dimensiones (estructura y contenido).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para llevar a cabo la implementación del estudio se consideró la respectiva autorización de la institución, y el manejo cuidadoso de los expedientes del paciente, así como la reserva de los datos personales del paciente, manteniendo la confidencialidad y anonimato.

CAPITULO III

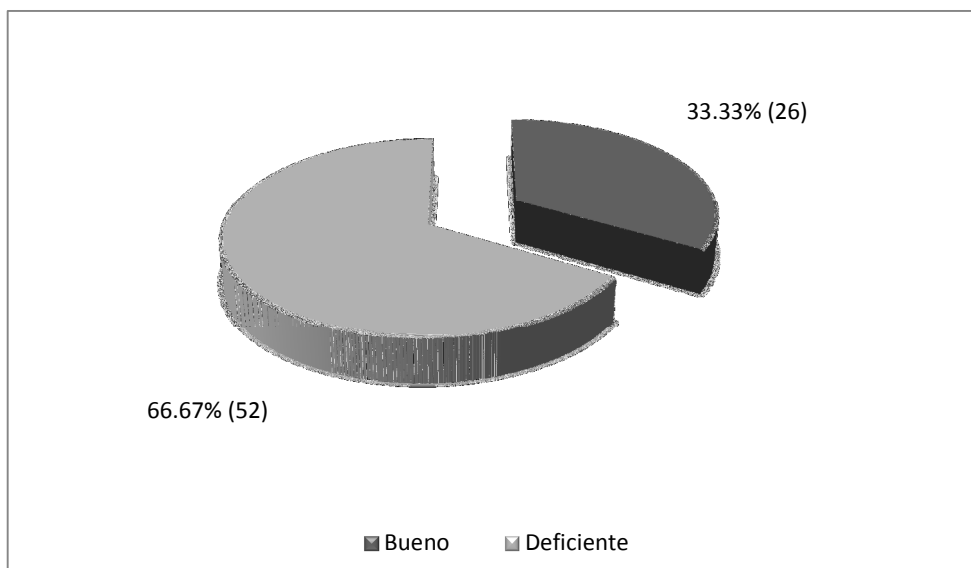
RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos:

En cuanto a la calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho del 100% (78), 66.7% (52) tienen deficiente calidad y 33.33% (26) buena calidad. (Gráfico N° 1, Anexo H). Los aspectos referidos a calidad deficiente esta dado porque no coloca el cargo, no existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, los ítems referido a la buena calidad esta dado por que utiliza abreviaturas autorizadas, usan tinta azul de día y rojo de noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a). (Anexo I).

Un registro consiste en la comunicación por escrito de hechos esenciales durante un periodo determinado. Las anotaciones de Enfermería es el registro que realiza la enfermera sobre la valoración del estado del paciente, son descripciones de los cambios en su estado, tratamiento administrado, así como posibles reacciones, cuidados brindados, de igual modo la valoración de las respuestas a éstas acciones (cuidados), ya que son parte importante del expediente médico legal del paciente. Asimismo las anotaciones tienen un valor legal, en tanto forma parte de la historia clínica del paciente. Dicho registro puede servir de respaldo; dado el caso del trabajo de la Enfermera, de allí la importancia de la necesidad que sean claros, precisos, legibles, sin enmendaduras respaldadas por la firma, el número de la colegiatura del profesional que registra el cuidado administrado. Tienen también un valor científico en tanto constituyen una fuente de investigación. Un valor administrativo, pues constituye un indicador de calidad que permite evaluar y documentar la calidad y por tanto tomar las medidas correctivas orientadas a vulnerar las áreas deficitarias, como puede ser actividades de capacitación.

GRAFICO N° 1
CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
AYACUCHO – PERÚ
2009



Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

Sonia María del Olmo – Núñez y colaboradoras, en Madrid, el 2004, en su estudio sobre “El registro de Enfermería: un sistema de comunicación en una unidad de hospitalización del Hospital Clínico San Carlos de Madrid”, concluyeron “*que el 85.7% de la abreviaturas no estaba incluido en el Diccionario de siglas médicas,...en la mayoría de las ocasiones su significado se debe deducir por el contexto. Aunque se halló un pequeño porcentaje de abreviaturas en los informes de enfermería al alta...*”(42). Marina Hermelinda, Condezo Martel, el 2008, en Lima – Perú, en su estudio sobre “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”, concluyó “*que el 70% (28) de las anotaciones que realizan los internos no se evidencia el uso de lapicero con colores oficiales según turno, el 100% (40) no evidencia el registro de la hora del procedimiento realizado*

en cada acción de enfermería, el 80% (32) no se evidencia el uso de abreviaturas de uso universal, el 52.5% (21) no tiene buena caligrafía, 47.5% (19) no evidencia buena ortografía y el 100% (40) evidencian el registro de firmas, nombre y apellido y utiliza sellos".(43).

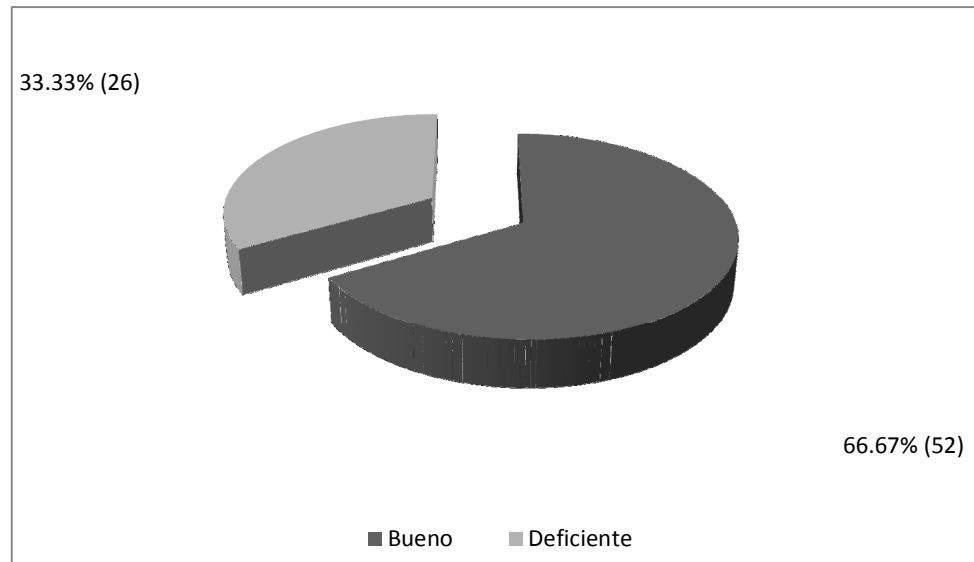
Por lo expuesto podemos deducir que un porcentaje considerable (66.67%) de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho son de deficiente calidad referido a que no coloca el cargo, no existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, y un menor porcentaje significativo (33.3%) son de buena calidad que esta dado por que utiliza abreviaturas autorizadas, usan tinta azul de día y rojo de noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a); lo cual puede repercutir en la calidad de la atención que brinda el profesional de enfermería al paciente.

Acerca de la calidad de las anotaciones según la dimensión estructura, del 100% (78), 66.67% (52) es de buena calidad y 33.33% (26), es deficiente. (Gráfico N°2 , Anexo J). Los aspectos de buena calidad está referido a que la anotación contiene la firma de la Enfermera y el número de colegiatura, la letra es legible y contiene los datos del paciente; y los ítems de deficiente calidad está dada porque omiten o no registran la hora, no tiene escritura al margen, existen tachones y borrones y refleja falta de redacción, presentación y orden. (Anexo K).

En el marco de la calidad de las anotaciones de enfermería se puede considerar la dimensión estructura, el cual está referida a los aspectos que tienen relación con su significancia y los aspectos físicos de su redacción, el cual debiera consignarse la fecha y la hora, ser continua ya que debe evidenciar la atención que se brinda luego de realizada la acción, utilizando para ello el color de lapicero aceptado por la institución, así como las abreviaturas autorizadas, ser significativa, legible, utilizando la escritura y terminología correctas, no olvidar que se registra para comunicar, ser comprensibles, es decir deben estar redactadas en un lenguaje claro y sencillo, sin ambigüedades a fin de evitar confusiones, libre de borrones y

GRAFICO N° 2

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO - PERÚ 2009



Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

enmendaduras, y en caso de error debe rayarse la palabra errada y anotar: error entre paréntesis seguida de la firma de la enfermera, y consignar la firma con el número de colegiatura del profesional que ha realizado la anotación.

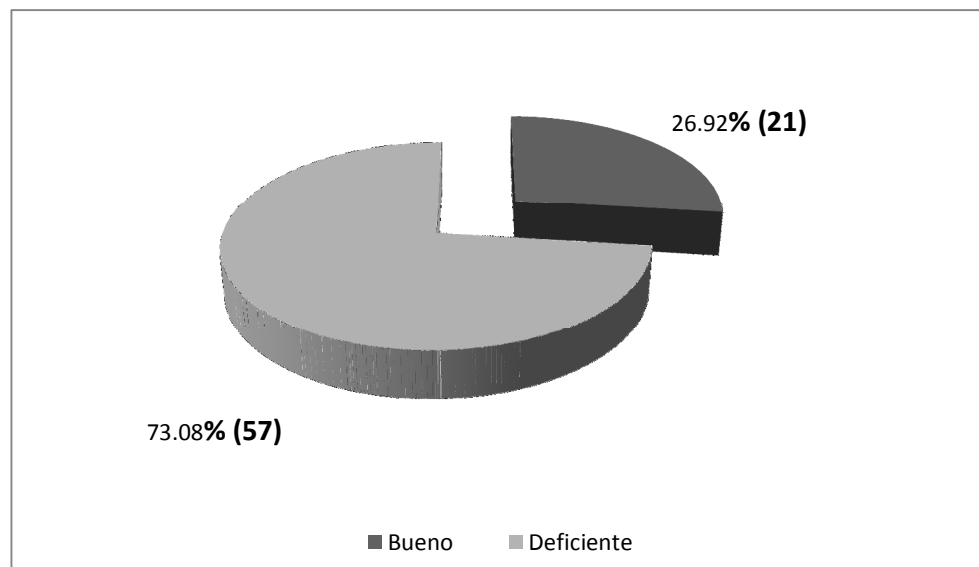
Marina Hermelinda, Condezo Martel, el 2008, en Lima – Perú, en su estudio sobre “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”, concluyó “*que el 70% (28) de las anotaciones que realizan los internos no se evidencia el uso de lapicero con colores oficiales según turno, el 100% (40) no evidencia el registro de la hora*”

del procedimiento realizado en cada acción de enfermería, el 80% (32) no se evidencia el uso de abreviaturas de uso universal, 52.5% (21) no tiene buena caligrafía, 47.5% (19) no evidencia buena ortografía y el 100% (40) evidencian el registro de firmas, nombre y apellido y utiliza sellos".(44). Norma S. Ruda Rojas, el 2007, en el Callao, en su estudio titulado "Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tiene las Enfermeras de sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren", concluyó que "del 100% (60) se encontró que el 58% (35) tiene conocimiento medio, 25% (15) alto y 17% (10) bajo. El 57% (34) de los registros evidencian una aplicación inadecuada y un 43% (26) aplicación adecuada. En la dimensión de característica (objetivo – significancia – claridad – identidad - concisa- oportuna y completa) 63% (38) de los registros tiene una aplicación inadecuada, y 37% (22) adecuada.(45). Norma Orellana y otros, en 1996, en Lima, en el estudio titulado "Los registros de Enfermería: factor o indicador de eficiencia" en el XIII Congreso Nacional de Enfermería, concluyeron " que las características de los registros observados nos permiten concluir que los registros son un indicador indirecto de la calidad de los servicios de Enfermería, ya que no se puede pensar en una atención oportuna y coordinada si no existe referencia de horario y fecha, tampoco puede existir una atención segura si no existe registro o éstos son ilegibles"(46).

Por lo que podemos concluir que un porcentaje considerable (66.67%) de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho son de buena calidad referido a que la anotación contiene la firma de la Enfermera y el número de colegiatura, la letra es legible y contiene los datos del paciente; y un menor porcentaje significativo (33.33%) son de deficiente calidad que esta dado porque no registran la hora, no tienen escritura al margen, existen tachones y borrones y refleja falta de redacción, presentación y orden; lo cual no permite lograr el objetivo principal que es de proporcionar información fidedigna y objetiva al equipo de salud orientado a valorar el estado de salud y evolución del paciente, así como evaluar la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado.

GRAFICO N° 3

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN CONTENIDO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO – PERÚ 2009



Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

Sobre la calidad de las anotaciones de Enfermería en la dimensión contenido, del 100% (78), 73.08% (57) son deficientes y 26.92% (21) es de buena calidad. (Anexo L). Los ítems referidos a bueno está dado por que las anotaciones registran las funciones vitales, registra los problemas reales y/o potenciales, registra el tratamiento médico administrado (hora, dosis), el procedimiento realizado, el cuidado que brinda; los ítems de deficiente calidad está referido a que las anotaciones no registran la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad, así como el tratamiento y procedimientos futuros en el hogar, no señala la respuesta ante el cuidado,

tratamiento y procedimiento, así como el registro de las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización. (Anexo M).

La calidad de las anotaciones de enfermería en la dimensión contenido, está referida a los aspectos en el cual se considera el tipo de información que contiene; el mismo que debe abarcar desde su ingreso hasta su alta, teniendo en cuenta que éstos deben reflejar aspectos que van a permitir la evaluación diaria del paciente. Dicha información debe estar relacionada con la evaluación física; es decir registrarse datos de la valoración, considerando las diversas esferas del paciente con un enfoque holístico, los signos y síntomas relacionadas con la enfermedad, así como las complicaciones, secuelas e identificación de problemas reales o potenciales, el estado de conciencia, el comportamiento - interacción referido a la respuesta que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización, el cuidado que se brinda, hacia otros pacientes, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo, la apariencia y condiciones físicas; en el que se incluye los signos vitales, actividades de descanso, apetito, higiene, vestido, de ambulación, la educación e información brindada por la Enfermera al paciente y familia sobre la enfermedad, tratamiento, así como procedimientos que se le realizan, la coordinación, con las diversas instancias de la institución para la atención del paciente, y el plan de intervención, que está dado por todas las acciones planificadas y organizadas en base a las necesidades y problemas identificados en el paciente y que al ser ejecutadas van a dar como resultado los cuidados de enfermería.

Lorena Chaparro Díaz y otros, en Colombia, el 2003, en su estudio titulado “Registros del Profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado”, concluyeron “..los registros de mayor uso son: la hoja de medicación, órdenes de Enfermería (pedido de insumos de Enfermería) y el chequeo de las órdenes médicas, adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de Enfermería, así como la ausencia de formatos de registro que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuado. Sumado a esto el tipo de

registro realizado en las hojas de notas de enfermería se acerca al sistema narrativo”.(47).Silvia García y Angélica Meza, en Argentina, el 2003, en su estudio sobre “Análisis de los informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes”, concluyeron “... *podemos resaltar que existe en general poco hábito de registrar las actividades propias de Enfermería, mientras que la transcripción de la órdenes médicas se realiza por norma... Además falta concientizar a muchos profesionales de la importancia de registrar sus actividades de forma tan detallada como sea posible, por las implicaciones que esto tiene tanto en el tema de la calidad de los cuidados como en aspectos legales, por no mencionar la medición del producto enfermero...*” (48). Norma S. Ruda Rojas, el 2007, en el Callao, el estudio “Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tiene las Enfermeras de sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren”, concluyó que “ *del 100% (60), en la dimensión contenido 68% (41) son adecuados y 32% (19) de los registros de aplicación inadecuada*”. (49). Verónica Roxana, Pretel Porras, el 2003, en Lima-Perú, en su estudio sobre “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería durante los Años 2000-2002 en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, concluyó que “*las Anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 son en un 50% medianamente significativas, evidenciando que el cuidado brindado reflejado en este tipo de registros no ha sido integral, ya que el contenido de las anotaciones de Enfermería revisadas solo se basan en términos generales sobre el estado del paciente, siendo los cuidados brindados en su mayoría al área física encontrándose datos escasos de cuidados brindados que se encuentran área social y psicológica, resaltando así también la ausencia de información relacionada al área espiritual del paciente....solo el 21.8% es calificada como adecuada, lo cual indica que en más de la mitad de la población en estudio no considera entre sus criterios de elaboración datos importantes en base al PAE (Valoración, Planeamiento, Ejecución y Evaluación), lo cual no permitiría valorar en su mayoría el cuidado brindado al paciente y si estos cuidados ayudaron a revertir la situación existente..... Existen anotaciones de Enfermería incompletas, siendo sólo de un turno de trabajo (6 horas) por todo el día*”. (50).

Por lo que expuesto podemos concluir que la mayoría (73.08%) de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho son de deficiente calidad referido a que las anotaciones no registran la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad, así como el tratamiento y procedimientos futuros en el hogar, no señala la respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento, así como el registro de las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización; y un mínimo porcentaje significativo (26.92%) es de buena calidad referido a que las anotaciones registran las funciones vitales, los problemas reales y/o potenciales, el tratamiento médico administrado (hora, dosis), el procedimiento realizado, y el cuidado que brinda; lo cual puede repercutir negativamente en la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente y familia y no permite o limita la continuidad del cuidado y la toma de decisiones más asertivas de los miembros del equipo de salud ya que no permite evaluar la evolución del paciente al tratamiento y su enfermedad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio fueron:

- La calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son de deficiente calidad referido a que no coloca el cargo, no existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento, y un menor porcentaje significativo son de buena calidad que esta dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en las notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero (a).
- Acerca de la calidad de anotaciones de Enfermería según la dimensión estructura en el Hospital Regional de Ayacucho, un porcentaje considerable son de buena calidad referido a que la anotación contiene la firma de la Enfermera y el número de colegiatura, la letra es legible y contiene los datos del paciente; y un menor porcentaje significativo son de deficiente calidad que esta dado por qué no registran la hora, no tienen escritura al margen, existen tachones y borrones y refleja falta de redacción, presentación y orden.
- Respecto a la calidad de anotaciones de Enfermería según la dimensión contenido en el Hospital Regional de Ayacucho, la mayoría son de deficiente calidad referido a que las anotaciones no registran la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad, así como el tratamiento y procedimientos futuros en el hogar, no

señala la respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento, así como el registro de las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización; y un mínimo porcentaje significativo es de buena calidad referido a que las anotaciones registran las funciones vitales, los problemas reales y/o potenciales, el tratamiento médico administrado (hora, dosis), el procedimiento realizado, y el cuidado que brinda.

B. RECOMENDACIONES

Las Recomendaciones derivadas del estudio están dada por :

- Que el Departamento de Enfermería formule y/o elabore estrategias basadas en un Programa de Educación Permanente dirigida a los profesionales de Enfermería orientada a que a través de la aplicación de metodologías y técnicas participativas fortalezcan y/o actualicen sobre los registros de Enfermería, en el cual las anotaciones de Enfermería constituye una herramienta de gestión en el cuidado al paciente destinada a mejorar la calidad de la información que se brinda al equipo de salud sobre la calidad de cuidado que brinda el profesional de Enfermería al paciente.
- Que el Departamento de Enfermería promueva a nivel de los servicios la conformación de Comités de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Registros de Enfermería, a fin de implementar y mejorar la calidad de las anotaciones de Enfermería
- Realizar estudios similares a nivel de otras instituciones de salud en el departamento de Ayacucho, que permitan diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de las anotaciones de Enfermería.

C. LIMITACIONES

La limitación del estudio está dada por qué:

- Las conclusiones del estudio no pueden ser generalizadas a otras poblaciones, pues sólo son válidas para el Hospital Regional de Ayacucho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Gabriela, Méndez Calixto. La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001(9):1-4.
- (2) Lorena, Chaparro Díaz, y Diana Carolina, García Ureña. "Registros del profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado" Universidad Nacional de Colombia, en trabajo de grado para obtener el título de Enfermera. Colombia-Bogotá 2003
- (3)(49) Silvia, García y Angélica Meza. "Análisis de los informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes" Argentina 2003.
- (4) Del olmo-Núñez, Lourdes Casas y Antonia Mejia-Delgado. El registro de Enfermería: un sistema de comunicación. Revista Enfermería Clínica. Vol 17. Número 3.
- (8)(42)(45) Cynthia, Anglade Vizcarra,. "Características de las anotaciones de Enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Dos de Mayo" Lima 2006.
- (9)(15)(16)(17)(18)(25)(48) Verónica Roxana, Pretel Porras , "Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen". Lima 2004.
- (10)(14)(19)(20)(21)(22)(23) Mariela Elida, Pecho Tataje. "Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ica. 2003.
- (11) Magdalena, Cunto Arone, "Calidad de la anotaciones de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Sub Regional de Ayacucho" 1997.pag 35,40
- (12) Norma, Orellana D. y otros "Los registros de Enfermería ¿Factor indicador de evidencia?- trabajo para ser presentado al I Congreso Internacional y XII Congreso Nacional de Enfermería de Perú 1996.
- (13) Silvia, García Ramírez, "Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería " Madrid España. 2007.
- (24)(26)(27) Iris, Jara Huayta, y Marisabel Llamocca. "Proceso de Enfermería". 1ª Edición. Ayacucho Perú 2007.
- (28)(34)(35)(36)(44) Antonio, Ruiz Hontangas, "Calidad en los registros de Enfermería" Valencia-España, material bibliográfico 2005.
- (29)(30)(31)(32) Educadores de Excelencia profesional (EDEXPRO) "Auditoría en Enfermería" 2008.
- (33) Fay Yocum, Registros de Enfermería: cuidados de calidad. En Revista Nursing, marzo 2003, volumen 21, número 3, páginas 22-27.

- (37) Ministerio de Salud "Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica" Lima, octubre 10 del 2008.
- (38) Du Gas, Beverly W. "Tratado de Enfermería práctica", Editorial Interamericana, 4ª Edición. España 1986.
- (39)(40) Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669 y Reglamento de la Enfermera (o).
- (41) Ofelia, Ortíz Carrillo, y María del Socorro Chávez. El registro de Enfermería como parte del cuidado. Cauca. Material bibliográfico. 2006.
- (43) Ruda Rojas, Norma S. Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tienen las Enfermeras en sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Callao - Lima 2007
- (46) Condezo Martel, Marina Hermelinda. La Enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería" para una función profesional eficiente. Lima, 2008.
- (47) Martha Margarita, Polanco Castillo,. "Importancia de las anotaciones de Enfermería para la continuidad del cuidado médico delegado", Guatemala, Noviembre 1996.pag. 10,11,14.
- (50) Arizmendi Jaime, Edith Ruth. Registro de las Notas de Enfermería como evidencia del cuidado otorgado en el Hospital N° 26 "Dr. Carlos Calero Elorduy" México 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- ANGLADE VIZCARRA, Cynthia. Características de las anotaciones de Enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Dos de Mayo” Lima 2006.
- ARIZMENDI JAIME, Edith Ruth. Registro de las Notas de Enfermería como evidencia del cuidado otorgado en el Hospital N° 26 “Dr. Carlos Calero Elorduy” México 2006.
- CHAPARRO DÍAZ, Lorena y GARCÍA UREÑA, Diana Carolina. “Registros del profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado” Universidad Nacional de Colombia, en trabajo de grado para obtener el título de Enfermera. Colombia-Bogotá 2003.
- CONDEZO MARTEL, Marina Hermelinda. La Enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería" para una función profesional eficiente. Lima, 2008.
- CUNTO ARONE, Magdalena Calidad de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital Sub Regional de Ayacucho 1997.pag 35,40
- DEL OLMO-NÚÑEZ, Lourdes Casas de la Cal y Antonia MEJIAS-DELGADO. El registro de Enfermería: un sistema de comunicación. Revista Enfermería Clínica. Vol 17. Número 3.
- DU GAS, Beverly W. Tratado de Enfermería práctica, Editorial Interamericana, 4ª Edición. España 1986
- Educadores de Excelencia profesional (EDEXPRO) Auditoría en Enfermería 2008.
- Fay Yocum, Registros de Enfermería: cuidados de calidad. En Revista Nursing, marzo 2003, volumen 21.
- GARCÍA RAMÍREZ, Silvia Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería. Madrid España. Número 28,año 2007.pag 3
- GARCÍA RAMÍREZ, Silvia y Angélica Meza. Análisis de los informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes. Argentina 2003.
- JARA HUAYTA, Iris y Marisabel LLAMOCCA. Proceso de Enfermería. Ayacucho Perú 2007.

- LEY DEL TRABAJO DEL ENFERMERO N° 27669 y Reglamento de la Enfermera (o).
- MÉNDEZ CALIXTO, Gabriela. La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001(9):14.
- MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica. Lima, octubre 10 del 2008.
- ORELLANA D. Norma y otros Los registros de Enfermería ¿Factor indicador de evidencia?- trabajo para ser presentado al I Congreso Internacional y XII Congreso Nacional de Enfermería de Perú 1996.
- ORTIZ CARRILLO, Ofelia y María DEL SOCORRO CHÁVEZ. El registro de Enfermería como parte del cuidado. Cauca. Material bibliográfico. 2006.
- PECHO TATAJE, Mariela Elida. Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ica. 2003.
- POLANCO CASTILLO, Martha Margarita. Importancia de las anotaciones de Enfermería para la continuidad del cuidado médico delegado, Guatemala, Noviembre 1996.pag. 10,11,14.
- PRETEL PORRAS, Verónica Roxana, Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima 2004.
- RUDA ROJAS, Norma S. Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tienen las Enfermeras en sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Callao - Lima 2007
- RUIZ HONTANGAS, Antonio. Calidad en los registros de Enfermería Valencia-España, material bibliográfico 2005.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la variable	I
B. Instrumento	III
C. Tabla de Concordancia - Prueba Binomial	V
D. Validez y Confiabilidad del instrumento	VI
E. Matriz de codificación de datos	VII
F. Tabla matriz de datos	VIII
G. Medición de las variables.	XII
H. Calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho	XIII
I. Calidad de las anotaciones de Enfermería según ítems en el Hospital Regional de Ayacucho.	XIV
J. Calidad de las anotaciones de Enfermería según la dimensión estructura en el Hospital Regional de Ayacucho	XVI
K. Calidad de las anotaciones de Enfermería según Ítems en la dimensión estructura en el Hospital Regional de Ayacucho.	XVII
L. Calidad de las anotaciones de Enfermería según la dimensión contenido en el Hospital Regional de Ayacucho.	XVIII
M. Calidad de las anotaciones de Enfermería según Ítems en la dimensión contenido en el Hospital Regional de Ayacucho.	XIX

ANEXO A
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho.	Calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos de las anotaciones de Enfermería.	Son las características que tienen las notas de enfermería realizadas por las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho, según estándares y normas establecidas. El cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y valorada en bueno y deficiente.	Estructura	<p>ASPECTOS FISICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha/hora. • Legibilidad. • Uso de tinta azul (día) /rojo (noche) • Cero espacios en blanco. • Cero escritura al margen. • Cero tachones. • Nombre de la Enfermera. • Cargo. • N° de colegiatura. • Refleja redacción, presentación, orden. • Uso de abreviaturas autorizadas. • Contiene datos del paciente. <p>VALORACIÓN DE PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración considerando las diversas esferas del paciente. • Valoración específica a la patología. • Información sobre funciones vitales. • Registro de problemas reales y potenciales. • Registro de tratamiento médico (hora, dosis) • Registro de reacciones derivadas del tratamiento. • Registro de procedimientos realizados 	BUENO
			Contenido		DEFICIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho.	Calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos de las anotaciones de Enfermería.	Son las características que tienen las notas de enfermería realizadas por las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho, según estándares y normas establecidas. El cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y valorada en bueno y deficiente.	Contenido	<p>REGISTRO DEL NIVEL Y ESTADO DE CONCIENCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registra la capacidad de comprensión del paciente. • Señala respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento. <p>INTERACCIÓN CON EL PACIENTE Y FAMILIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta del paciente ante el proceso de hospitalización. • Registro del cuidado que se le brinda. • Participación de la familia <p>COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de las acciones o gestiones realizadas con los diferentes servicios para la atención del paciente y actividades y/o gestiones pendientes. <p>EDUCACION PARA LA SALUD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información que se brinda al paciente y familia sobre la enfermedad. • Información sobre el tratamiento y procedimientos futuros en casa. 	<p>BUENO</p> <p>DEFICIENTE</p>

ANEXO B

UNMS M-FM-UPG
PSEE -2009

FICHA DE VALORACIÓN DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA.

Nº DE FICHA: _____

FECHA:- _____ **Diagnóstico médico:** _____

SERVICIO: Medicina () Cirugía () Traumatología () UCI ()

Nº	CARACTERÍSTICAS/ESTRUCTURA ASPECTOS FÍSICOS	PUNTAJE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1.	Fecha.			
2.	Hora			
3.	Letra legible			
4.	Uso de tinta azul (día) o rojo (noche).			
5.	Existencia de espacios en blanco.			
6.	Tiene escritura al margen.			
7.	Existencia de tachones/borrones.			
8.	Nombre de la Enfermera.			
9.	Firma de la Enfermera.			
10.	Cargo.			
11.	Nº de colegiatura			
12.	Uso de abreviaturas autorizadas			
13.	Refleja redacción, presentación, orden.			
14.	Contiene datos del paciente			
	CARACTERÍSTICAS/CONTENIDO			
	VALORACION DEL PACIENTE:			
15.	Registra la valoración considerando las diversas esferas del paciente			
16.	Registra la valoración específica a la patología.			
17.	Registra las funciones vitales.			
18.	Registra problemas reales y/o potenciales.			
19.	Registra el tratamiento médico administrado (hora, dosis)			
20.	Registra reacciones derivadas del tratamiento.			
21.	Registra el procedimiento realizado.			
22.	Registra motivo por el que no se administró la medicación.			

	REGISTRO DEL NIVEL Y ESTADO DE CONCIENCIA.			
23.	Registra la capacidad de comprensión del paciente.			
24.	Señala respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento.			
	INTERACCIÓN CON EL PACIENTE.			
25.	Registra las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización.			
26.	Registra el cuidado que brinda.			
	COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD			
27.	Registro de las acciones o gestiones realizadas con los diferentes servicios para la atención del paciente y actividades y/o gestiones pendientes.			
	EDUCACIÓN PARA LA SALUD.			
28.	Registra la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad.			
29.	Registra Información sobre el tratamiento y procedimientos futuros en casa.			

SISTEMA UTILIZADO: Sistema narrativo: ()

Sistema orientado a problemas ()

Observaciones:.....

.....

ANEXO C

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL-JUECES EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
3.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
7.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035

Si = 1 No = 0

$P < 0.05$ = Concordancia significativa.

ANEXO D

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la validez se sometió el instrumento a la opinión de los jueces expertos, quienes fueron ocho en total, el mismo que luego de la prueba binomial resultó ser válido. Para la confiabilidad del instrumento se hizo el cálculo de alfa de Crombach usando un conjunto de varianzas en la tabla matriz, con la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_T} \right)$$

Donde:

$\sum s^2_i$ = varianza de cada ítem

s^2_T = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$$\alpha = \left(\frac{29}{29 - 1} \right) \left(1 - \frac{3.744}{17.4} \right)$$

$$\alpha = (1.0357)(0.785)$$

$$\alpha = 0.812$$

Para que exista Confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable

ANEXO E

MATRIZ DE CODIFICACION DE DATOS

ITEM	SI	NO
1	1	0
2	1	0
3	1	0
4	1	0
5	0	1
6	0	1
7	0	1
8	1	0
9	1	0
10	1	0
11	1	0
12	1	0
13	1	0
14	1	0
15	1	0
16	1	0
17	1	0
18	1	0
19	1	0
20	1	0
21	1	0
22	1	0
23	1	0
24	1	0
25	1	0
26	1	0
27	1	0
28	1	0
29	1	0

Donde: Si = 1 No= 0

ANEXO F

TABLA MATRIZ DEL INSTRUMENTO

N°	ESTRUCTURA														CONTENIDO														Σ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29
1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	14
2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	18
3	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12
4	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
5	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	14	
6	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	
7	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
8	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
9	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
10	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
11	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	14	
12	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	18
13	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12
14	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8
15	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	14
16	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	9

N°	ESTRUCTURA														CONTENIDO														Σ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29
17	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12
18	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
19	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
20	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	18
21	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
22	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	14
23	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	18
24	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	14
25	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
26	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	14
27	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	18
28	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
29	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7
30	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	12
31	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
32	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
33	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
34	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
35	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
36	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	14
37	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	18

N°	ESTRUCTURA														CONTENIDO														Σ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29
38	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
39	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
40	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	12	
41	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	
42	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10	
43	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
44	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
45	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
46	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	21	
47	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	18	
48	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	20	
49	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	16	
50	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	19	
51	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	16	
52	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	19	
53	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	18	
54	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	20	
55	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	17	
56	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	17	
57	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	18	
58	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	15	

N°	ESTRUCTURA														CONTENIDO														Σ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29
59	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	18
60	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	15	
61	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	18	
62	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	14	
63	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	21	
64	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	16	
65	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
66	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	12	
67	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
68	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	11	
69	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	10	
70	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	
71	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	
72	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	
73	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	15	
74	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
75	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	13	
76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	18	
77	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	
78	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	12	
	78	16	47	78	2	1	19	64	66	0	68	78	40	78	30	33	57	29	44	4	48	2	29	20	11	41	17	0	1000	

ANEXO G

MEDICION DE LA VARIABLE

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva a través del promedio aritmético.

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA

Bueno 15 – 29

Deficiente 0 – 14

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN LA DIMENSION ESTRUCTURA

Bueno 8 – 14

Deficiente 0 – 7

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN LA DIMENSION CONTENIDO

Bueno 9 - 15

Deficiente 0 - 8

ANEXO H

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO - PERU 2009

NIVEL DE CALIDAD	Nº	%
BUENO	26	33.33
DEFICIENTE	52	66.67
TOTAL	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

ANEXO I

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN ITEMS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

AYACUCHO - PERÚ

2009

Nº	ÍTEM	BUENO		DEFICIENTE	
		Nº	%	Nº	%
1	Fecha.	78	100	0	0
2	Hora	16	20.51	62	79.49
3	Letra legible	47	60.26	31	39.74
4	Uso de tinta azul (día) o rojo (noche).	78	100	0	0
5	Existencia de espacios en blanco.	2	2.56	76	97.44
6	Tiene escritura al margen.	1	1.28	77	98.72
7	Existencia de tachones/borrones.	19	24.36	59	75.64
8	Nombre de la Enfermera.	64	82.05	14	17.95
9	Firma de la Enfermera.	66	84.62	12	15.38
10	Cargo.	0	0	78	100
11	Nº de colegiatura	68	87.18	10	12.82
12	Uso de abreviaturas autorizadas	78	100	0	0.00
13	Refleja redacción, presentación, orden.	40	51.28	38	48.72
14	Contiene datos del paciente	78	100	0	0
15	Registra la valoración considerando las diversas esferas del paciente	30	38.46	48	61.54
16	Registra la valoración específica a la patología.	33	42.31	45	57.69
17	Registra las funciones vitales.	57	73.08	21	26.92
18	Registra problemas reales y/o potenciales.	29	37.18	49	62.82

Nº	ÍTEM	BUENO		DEFICIENTE	
		Nº	%	Nº	%
19	Registra el tratamiento médico administrado (hora, dosis)	44	56.41	34	43.59
20	Registra reacciones derivadas del tratamiento.	4	5.13	74	94.87
21	Registra el procedimiento realizado.	48	61.54	30	38.46
22	Registra motivo por el que no se administró la medicación.	2	2.56	76	97.44
23	Registra la capacidad de comprensión del paciente.	29	37.18	49	62.82
24	Señala respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento.	20	25.64	58	74.36
25	Registra las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización.	11	14.10	67	85.90
26	Registra el cuidado que brinda.	41	52.56	37	47.44
27	Registro de las acciones o gestiones realizadas con los diferentes servicios para la atención del paciente y actividades y/o gestiones pendientes.	17	21.79	61	78.21
28	Registra la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad.	0	0	78	100
29	Registra Información sobre el tratamiento y procedimientos futuros en casa.	0	0	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

ANEXO J

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO - PERÚ 2009

NIVEL DE CALIDAD	Nº	%
BUENO	52	66.67
DEFICIENTE	26	33.33
TOTAL	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

ANEXO K

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN ÍTEM EN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO - PERÚ 2009

Nº	ÍTEM	BUENO		DEFICIENTE	
		Nº	%	Nº	%
1	Fecha.	78	100	0	0
2	Hora	16	20.51	62	79.49
3	Letra legible	47	60.26	31	39.74
4	Uso de tinta azul (día) o rojo (noche).	78	100	0	0
5	Existencia de espacios en blanco.	2	2.56	76	97.44
6	Tiene escritura al margen.	1	1.28	77	98.72
7	Existencia de tachones/borrones.	19	24.36	59	75.64
8	Nombre de la Enfermera.	64	82.05	14	17.95
9	Firma de la Enfermera.	66	84.62	12	15.38
10	Cargo.	0	0	78	100
11	Nº de colegiatura	68	87.18	10	12.82
12	Uso de abreviaturas autorizadas	78	100	0	0
13	Refleja redacción, presentación, orden.	40	51.28	38	48.72
14	Contiene datos del paciente	78	100	0	0

Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

ANEXO L

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN CONTENIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO - PERÚ 2009

NIVEL DE CALIDAD	Nº	%
BUENO	21	26.92
DEFICIENTE	57	73.08
TOTAL	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009

ANEXO M

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN ITEMS EN LA DIMENSIÓN CONTENIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AYACUCHO - PERÚ 2009

Nº	ÍTEM	BUENO		DEFICIENTE	
		Nº	%	Nº	%
1	Registra la valoración considerando las diversas esferas del paciente	30	38.46	48	61.54
2	Registra la valoración específica a la patología.	33	42.31	45	57.69
3	Registra las funciones vitales.	57	73.08	21	26.92
4	Registra problemas reales y/o potenciales.	29	37.18	49	62.82
5	Registra el tratamiento médico administrado (hora, dosis)	44	56.41	34	43.59
6	Registra reacciones derivadas del tratamiento.	4	5.13	74	94.87
7	Registra el procedimiento realizado.	48	61.54	30	38.46
8	Registra motivo por el que no se administró la medicación.	2	2.56	76	97.44
9	Registra la capacidad de comprensión del paciente.	29	37.18	49	62.82
10	Señala respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento.	20	25.64	58	74.36
11	Registra las respuestas del paciente ante el proceso de hospitalización.	11	14.10	67	85.90
12	Registra el cuidado que brinda.	41	52.56	37	47.44
13	Registro de las acciones o gestiones realizadas con los diferentes servicios para la atención del paciente y actividades y/o gestiones pendientes.	17	21.79	61	78.21
14	Registra la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad.	0	0	78	100
15	Registra Información sobre el tratamiento y procedimientos futuros en casa.	0	0	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a las notas de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho-2009