

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA AÑO 2013**

TESIS

Presentada por:

Lic. Marcos Freddy Alarcon Portugal

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de Salud

Sección Segunda Especialidad en Enfermería

TESIS

**“CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
AÑO 2013”**

Presentada por:

LIC. MARCOS FREDDY ALARCON PORTUGAL

Para optar la Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con mención en adulto

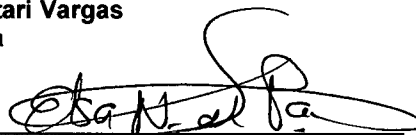
Aprobado _____, ante el siguiente Jurado



Mgr. Elena Cachicatari Vargas
Presidenta



Mgr. Etra Maidonado de Zegarra
Miembro



Lic. Esp. Elsa Ninaja de Pacco
Miembro



Lic. Esp. Blanca Raquel Zevallos Delgado
Asesora

DEDICATORIA

Esta investigación la dedico a mis padres, que hoy están en el cielo, quién con su tenacidad y apoyo incondicional, me impulsaron a continuar superándome haciendo posible culminar mi 2da especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero dar gracias a Dios por darme la existencia y seguir manteniéndome con salud. Dar gracias a todo el personal de UCI; quién con su espíritu de superación, me demostraron que todo es posible y gracias a sus palabras de aliento, me ayudaron a cumplir con la meta de ser enfermero y hoy enfermero especialista.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	01

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- Fundamentos y formulación del Problema	03
1.2.- Objetivos	07
1.3.- Justificación.....	08
1.4. Formulación de la Hipotesis.....	10
1.5. Operacionalización de Variables	10

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación.....	12
---	----

2.2.- Bases teóricas	14
----------------------------	----

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Material y Métodos	43
3.2. Población y Muestra	43
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	44
3.4. Procedimiento de recolección de datos	44
3.5. Procesamiento de Datos	45

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Resultados	46
4.2. Discusión	61
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
ANEXOS	82

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuál es la calidad de las notas de enfermería en el Servicio de Cuidados intensivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013.

Material y Métodos. Investigación; descriptiva y explicativa, según lista de cotejo para calidad de las notas de enfermería subdividido en estructura y contenido.

Resultados: El 93.5% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, 6,5% con regular calidad. En la dimensión estructura el 87% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, El 100% formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería y el 95.7% utiliza etiquetas diagnosticadas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería. Asimismo el 100% de las Notas de Enfermería presenta planeamiento en el formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos, establecen prioridad en un 100%, El 100% registran en sus notas de enfermería las intervenciones en forma adecuada y oportuna, El 100% de las Notas de Enfermería consideran evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a los Resultados Esperados (NOC).

ABSTRACT

Objective: Determine the quality of the nursing notes in the Intensive Care Service Hipólito Unanue Hospital of Tacna 2013.

Material and Methods. research; descriptive and explanatory, as checklist to quality nursing notes divided into structure and content.

Results: 93.5% of Professional Nursing Intensive Care Unit have a good quality recording of Nursing Notes, 6.5% with average quality. In the structure dimension 87% of Professional Nursing Intensive Care Unit have a good quality recording notes Nursing, 100% properly formulated nursing diagnoses and 95.7% use diagnosed tags NANDA to establish the types of nursing diagnoses. Also 100% of the Notes of Nursing has established planning in the format according to their diagnoses, establish priority by 100%, 100% recorded in his notes nursing interventions appropriate and timely manner, 100% of the notes to consider Nursing assessment Nursing Interventions based on Expected Outcomes (NOC).

INTRODUCCION

Las notas de enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento del recurso humano.

La calidad es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los usuarios.

La calidad del cuidado tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud pro-activa.

La presente investigación tiene como finalidad determinar la **“CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AÑO 2013”**

Está estructurada en cinco capítulos: Capítulo I Referido al Planteamiento del problema; Capítulo II Marco teórico; Capítulo III Metodología de la investigación; Capítulo IV Resultados y Discusión; continúan las Conclusiones y Recomendaciones; finalmente se citan las referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Fundamentos y formulación del problema:

La Enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales, los profesionales dejan constancia de todas las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidar. Los registros de Enfermería tienen suma importancia por su responsabilidad jurídica, moral, las implicaciones legales y éticas durante el periodo de hospitalización, además de favorecer el desarrollo de la profesión; son la prueba documental del cuidado a la persona, familia y sociedad, permiten la comunicación entre los profesionales de Enfermería que laboran en los diferentes turnos y con el equipo multidisciplinario (1).

Se entiende por registro clínico (Notas de enfermería) a los testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales, donde queda recopilada toda la información sobre la actividad de Enfermería dirigida al paciente, así como su tratamiento y evolución, deben ser reflejo del Proceso de Atención de Enfermería, de manera

tal que figure cada una de las etapas que lo constituyen.

Es la parte fundamental de la asistencia sanitaria, deben estar integrados en la historia clínica del paciente, y como tal tienen funciones similares; la principal sería la asistencial, enfocada a prestar cuidados de calidad, sin olvidar la docente-investigadora, de gestión y la contribución al desarrollo de nuestra profesión, conocer las responsabilidades que se asumen en el ser y el quehacer diario (2). Porque implica repercusiones y responsabilidades de índole profesional relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente.(3) Por lo que es preciso llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos (4)

El cambio que ha tenido a profesión de Enfermería, genera la necesidad de actualización en la práctica profesional diaria, como es la utilización de los nuevos conocimientos de la ciencia de la disciplina para tratar las respuestas humanas, investigar y mejorar el cuidado. Los instrumentos de valoración y registros del cuidado de Enfermería en el periodo de hospitalización, permiten contar con evidencia científica escrita en la continuidad del cuidado de Enfermería a los clientes que requieren tratamiento, para lo cual es necesario utilizar las normas, los modelos, teorías en Enfermería, y de la NORTH

AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) (5) que asumió la responsabilidad de desarrollar una taxonomía para los diagnósticos enfermeros con la finalidad de proporcionar un lenguaje común entre todas las enfermeras, los mismos que son revisados y actualizados cada 2 años.

En Venezuela (6) reportaron; que los registros de enfermería reúnen los elementos esenciales de confiabilidad y validez y que en la actualidad es un hecho que en la profesión existe todavía un amplio colectivo de enfermeras que no dan la suficiente importancia a los registros de su actividad, y el sector de enfermería que indudablemente ha cumplido y cumple a la perfección su trabajo a "pie de cama", ha sabido "inventar" documentos al margen de la historia del paciente, que les han servido para comunicarse con el resto de enfermeras cuando han considerado necesaria la transmisión de alguna información (libros de incidencias, libros de registro, exploraciones, notas en tablón de anuncios), a lo que se ha añadido la información verbal transmitida en los cambios de turno.

La auditoría en la última década ha pasado a ser parte de la vida de los profesionales de la salud, la rapidez de su desarrollo ha creado confusión acerca de cómo puede ser instaurada como puede otorgarse

sostenibilidad.

El primer Congreso de Calidad en Salud y el Segundo Curso Internacional en Perú; se orientaron en esa dirección, abordando problemas reales y ofreciendo soluciones prácticas. En ese marco la Auditoria Clínica cobra especial relevancia, cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica.² Una auditoria implica el examen o la revisión en forma retrospectiva que implica la evaluación de los informes de un paciente después del alta,³ y los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales (7)

De lo citado anteriormente se dice que éste es un puente permanente de comunicación con el personal de enfermería y el resto del equipo de salud, dicha situación se hace mucho más relevante cuando hablamos de la atención en un servicio donde la enfermera de UCI tiene un rol decisivo en la vida del paciente crítico y representan para el profesional de enfermería un reto por la complejidad del cuidado que ellos ameritan, ya que en el día a día, la enfermera asiste las necesidades del paciente causadas por la pérdida de independencia y autonomía (8).

De allí la importancia del problema de investigación y la inminente necesidad de ahondar en un tema que tiene grandes repercusiones a nivel de la labor de la enfermera en la reincorporación del paciente a las actividades de la vida diaria (AVD), complicaciones y calidad de vida; aparte del gran significado que puede tener el manejo de estos pacientes a nivel familiar y que tiene una alta prevalencia en las unidades de cuidado intensivo.

De todo lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de las notas de enfermería en el Servicio de Cuidados intensivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013?

1.2. Objetivos

1.2.1. General:

Determinar la calidad de las notas de enfermería en el Servicio de Cuidados intensivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013.

1.2.2. Específicos:

-Identificar la calidad de las notas de enfermería según dimensión estructura, en el Servicio de Cuidados intensivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013.

-Identificar la calidad de las notas de enfermería según dimensión contenido de valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y

evaluación en el Servicio de Cuidados intensivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013.

1.3. Justificación:

“Lo que no está escrito, no está hecho” de ahí la obligación ineludible de escribir un buen registro: completo, claro, preciso, conciso y minucioso. Lo anotado u omitido en ellas es permanente y acarrea consecuencias. Los datos estadísticos revelan que personal de enfermería no cumple en el 100% de las normas de redacción de notas de enfermería y los expedientes clínicos en un 50% no contienen la hoja de anotaciones de enfermería. (9)

En muchos países, así como en el Perú observamos que aumentan los problemas legales y las demandas a nivel de los profesionales de la salud, en que las enfermeras se encuentran involucradas debido a la supervisión de las historias clínicas en los procesos legales desde la evolución médica, tratamiento, procedimientos realizados al paciente; siendo también uno de ellos, las notas de enfermería (10). Las enfermeras se ven inmersas en dicho problema, motivo por el que se tiene que fortalecer las notas de enfermería e implementarlas, poniendo en práctica el Proceso de Atención de Enfermería que actualmente es nuestro respaldo legal.

Considerando que el profesional de enfermería en el proceso de su formación adquiere competencias en las dimensiones técnicas y personal social para brindar atención integral al individuo, familia y comunidad incorporando herramientas técnicas, así como, valores personales que evidencien su compromiso de ayuda en la identificación de necesidades y/o problemas, ejecución y evaluación de un plan de cuidados.

El presente trabajo está enmarcado en el Código de Ética y deontología del Colegio de Enfermeros y tiene una legítima relevancia científica porque contribuirá a mejorar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, a través del planteamiento de estrategias con procesos de capacitación en servicio ello consecuentemente mejorará la redacción de las notas de enfermería, lo cual nos permitirá tener un mejor respaldo legal en los problemas que se podrían suscitar en el transcurso de nuestro ejercicio profesional.

Por tanto el estudio proporciona información acerca de la realidad y las condiciones en que se realizan las notas o registros de enfermería del Profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013.

1.4. Formulación de la Hipótesis

Las notas de enfermería del profesional de la Unidad de Cuidados intensivos cumplen con todas las normas de calidad establecidas.

1.5. Operacionalización de variables:

Notas de Enfermería:

a.- Definición conceptual:

Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización. (14)

b.- Definición operacional:

Esta variable es de tipo categórica y su escala es ordinal, cuyo criterio de medición fue:

Buena: si registra todo lo concerniente a dimensión estructura y dimensión contenido = 20

Regular: si registra todo lo concerniente a dimensión estructura (1, 2, 4, 5, 6, 16, 17, 18, 20) = 16

Mala: si no registra lo concerniente a dimensión estructura (1, 2, 4, 6, 12, 17, 18) y no registra dimensión contenido = <16

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA	Estructura	CONTINUA	SI NO	Buena regular mala
		SIGNIFICATIVA	SI NO	Buena regular mala
		LEGIBLE	SI NO	Buena regular mala
		COMPRESIBLE	SI NO	Buena regular mala
		PRECISA	SI NO	Buena regular mala
		LIBRE DE ERRORES	SI NO	Buena regular mala
		FECHA Y HORA	SI NO	Buena regular mala
		FIRMA	SI NO	Buena regular mala
	Contenido	VALORACION	SI NO	Buena regular mala
		DIAGNOSTICO	SI NO	Buena regular mala
		PLANEAMIENTO	SI NO	Buena regular mala
		EJECUCION	SI NO	Buena regular mala
		EVALUACION	SI NO	Buena regular mala

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Fernández Aragón Shirley et. al (2012). Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Cartagena 2012 (11)

Objetivo: Conocer la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización según resolución 1995/1999 en una clínica de tercer nivel de atención en Cartagena 2012. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal .Resultados: El 71% de los enfermeros se encuentran en un nivel excelente de conocimiento sobre notas de enfermería y la resolución 1995 de 1999; sin embargo al comparar esta información con la lista de chequeo aplicada se encuentra que un 23% de los enfermeros no registran la evolución del paciente durante el turno. Conclusión: Necesidad de capacitación sobre notas de enfermería y resolución, incumplimiento en la normatividad vigente en salud; no cumplimiento con las características de secuencialidad, racionalidad científica y oportunidad establecido en la resolución 1995/1999

Córdova Vargas Guisella K. 2010 .Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria (12) Metodología: Tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; con diseño de una sola casilla. Se llegó a las siguientes Conclusiones:

La mayoría de los profesionales de enfermería presentan mala calidad en sus notas de enfermería, seguidos de un porcentaje significativo de regular calidad y sólo un mínimo porcentaje tiene notas de enfermería de buena calidad. Todos los profesionales de enfermería hospitalaria estudiados tienen una mala calidad de las notas de enfermería en cuanto a objetividad, continuidad, vigencia y firma.

López Pérez Carmen F. (2013) Evaluación de la calidad de notas de enfermería en el área de Hospitalización en una Clínica de Tercer Nivel de Atención. Estudio cuantitativo, descriptivo y documental, realizada en la clínica de la ciudad de Cartagena 2012.(13)

Los registros estaban en conforme y de acuerdo del Consejo Regional de Enfermería de Minas Gerais: la Fecha tuvo (96,8%), el tiempo (90,5%), de manera legible (87,4%), la identificación profesional completo (76,3 %), ausencia de espacio en blanco (94,1%), ausencia de

borraduras comentarios (98%), información no relacionada con el cliente (0,4%); correcciones apropiadas como faltas de ortografía (86,2%) y abreviaturas no estándar (5,1%).

Se observaron deficiencias en enfermería histórica examen físico, poniendo en peligro la funcionalidad del registro como instrumento de comunicación. Se espera con este estudio, proporcionar nuevas estrategias para la educación, el seguimiento y la evaluación de los registros de asistencia sistemática.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Notas de Enfermería

a.- Definición:

Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización. (14)

b.- Características de los registros de enfermería

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han creído que cuanto más información anoten mejor estarán protegidas legalmente en cualquier pleito, sin embargo, en la actualidad, las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio.

El registro de los cuidados de enfermería deberá ser **pertinente y conciso**, debiendo reflejar las necesidades, problemas y capacidades y limitaciones del paciente. El registro será objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas.

c.- Propósito de las notas de enfermería:

Profesionalmente, el registro de enfermería tiene dos propósitos: administrativo y clínico.

- Propósitos administrativos son: Definir el objetivo de

enfermería para el cliente o grupo. Registro de la atención y actividad de la planificación así como la prestación de cuidados a pacientes. Los sistemas de registro de enfermería deben ser eficaces, efectivos y eficientes. Diferenciar la responsabilidad de la enfermería de la del resto de los miembros del equipo de salud.

- Proporcionar los criterios para la clasificación de los pacientes. Proporcionar justificación para el reembolso. Proporcionar datos para el análisis administrativo y legal.

- Cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas. Proporcionar datos con fines científicos y educativos. Los criterios de calidad de un registro de enfermería, deben evaluar cómo se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción del paciente y del mismo enfermero, que permita el avance del conocimiento y de respuesta a las necesidades de salud de la población.

d.- Importancia

Paciente como individuo. Atención individualizada. Se centra solo en las necesidades específicas. Identifica necesidades y problemas. Se puede comunicar a otras personas del equipo de salud. Enfermeras mayor tiempo de contacto con el usuario. Permite evaluar al personal. Descripción documentada de las acciones de enfermería.

e.- Beneficios de un buen registró:

Evalúan todo el proceso de atención de forma continuada y permanente. Sirven de posible fuente para la puesta en marcha de proyectos y estudios de la calidad, costo-eficacia, efectividad y resultado de los cuidados en personas hospitalizadas. Permiten la medición del costo de los servicios brindados por los enfermeros Facilitan el desarrollo de un lenguaje para comunicar las funciones singulares de enfermería. Permiten la articulación con los sistemas de clasificación de otros profesionales de salud. Apoyan la planificación y organización adecuada de los recursos, el

tiempo y los servicios profesionales en general. Favorecen la continuidad de la atención dentro de la misma profesión. Se constituyen en fuente de información para la elaboración de los planes de formación continuada y reciclaje profesional. Suministran información para la evaluación de protocolos de actuación. (15)

f.- Causas de no registro:

La carga de trabajo. Falta de aplicabilidad. Dificultades con la metodología. Desconocimiento del lenguaje adecuado. La falta de tiempo. Dificultades de plasmar por escrito su trabajo. Falta de costumbre. Las fallas que a continuación se enuncian, hacen parte de las encontradas en estudios sobre registros como los de Chaparro L. y García, D en Colombia, González Itziar e Ibarra Beatriz y el de Corcoles Pilar y otras en España; los de Méndez Gabriela y otros y De los Santos, en México como también hacen parte de las experiencias en la docencia. Uso inadecuado de términos médicos.

Empleo de notas descriptivas con repetición de anotaciones de cuidado y observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional y precisión.

Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes. La concepción del registro de enfermería como elemento estático, puntual en el tiempo y no como un proceso continuado durante las intervenciones de cuidado que se le prodigan al paciente.

Complementados en su totalidad por personal auxiliar de enfermería y estudiantes en formación con diversos estilos para su redacción. La evaluación que se hace a los registros obedece más a exigencias administrativas para la facturación y pago de servicio lo que convierte la auditoría del registro en un acto punitivo más que un instrumento formativo.

Un bajo cumplimiento de la normatividad: falta de datos de identificación, errores gramaticales, uso de corrector, borrones, abreviaturas no convencionales que inducen a error, líneas en blanco, firmas ilegibles y sin código. Considerar que el registro puede realizarse después de completar otras tareas, "si hay tiempo". No existe un

consenso a la hora de registrar de forma estandarizada, en cada servicio, se realizan de diversas formas. A partir de los contenidos de los registros no es fácil conocer el estado actual de la persona, sus limitaciones funcionales, su nivel actual de actividad.

Los registros reflejan falta de experiencia en su elaboración, se ignoran aspectos psicológicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales de los pacientes. Registros desordenados y sin un punto de enfoque, evidencian falta de conocimiento ó juicios clínicos.

La frecuencia del diligenciamiento de los registros por parte de la enfermera, no es suficiente para evidenciar su cuidado y los resultados de sus intervenciones. Las diferencias de objetivos que existen entre la elaboración del registro en la práctica y la formación del estudiante, por un lado enseñar cómo hacerlo adecuadamente y por otro, el modelo de la enfermera asistencial que escasamente registra por estar inmersa en registros diferentes al acto de cuidar.

Los aspectos anteriormente listados permiten ser clasificados en términos de proceso, siguiendo a Donabedian es posible que el incumplimiento en el diligenciamiento del registro esté relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería y es hacia ese factor de proceso donde deben dirigirse las intervenciones.

La identificación de áreas de desempeño problemáticas o poco fiables en la práctica es un prelude necesario para la elaboración de estrategias e instrumentos útiles en apoyo a la toma de decisiones. Recomendaciones para la elaboración de los registros clínicos de enfermería:

Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud. Realizar los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.

Utilizar terminología técnico-médica de usos y aceptación universal. Elaborar y considerar a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.

g.- Lineamientos para el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería: (15)

- Reglas para el registro de datos: en los 2 turnos los datos del encabezado se llenara con tinta azul.
- La información que se registre corresponde a los colores; Azul, primer turno, y segundo turno. Rojo, tercer turno.
- La enfermera hará anotaciones de los datos variables de la información, simultáneamente cuando se sucedan los hechos.
- La redacción y las anotaciones deberán ser de buena calidad con la brevedad necesaria. Esta forma deberá ser utilizada en original por paciente y para tres días de hospitalización.
- Esta forma se conservará en el expediente clínico hasta el momento de la depuración de este.
- El personal de enfermería del turno matutino deberá integrar la hoja al expediente clínico, una vez que se han registrado los tres días, cuando el paciente egreso en otro turno, esta actividad

deberá hacerla el personal del turno respectivo.

h.- Normas para la realización de los registros; (17)

- **OBJETIVIDAD:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, el registro debe tener información descriptiva, sobre lo que el profesional de enfermería ve, oye siente y huele. No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

- **PRECISIÓN Y EXACTITUD:** Deben ser precisos, completos y fidedignos. La utilización de determinaciones precisas asegura la exactitud del registro si la situación de un paciente ha cambiado. Las abreviaturas y símbolos

médicos ayudan al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura en los registros.

Cuando existen símbolos y abreviaturas claros y aprobados por los servicios. Para evitar interpretaciones erróneas, se debe eliminar cualquier abreviatura que pueda resultar confusa. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. Expresar sus observaciones en términos cuantificables. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto. Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. "Lo que no está escrito, no está hecho".

- **COMPLETA:** cuando los registros e informes son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de la enfermería es incapaz también de demostrar que se prestó una asistencia específica.

- **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas. Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta. Anotaciones correctas ortográficas y gramaticalmente Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable. Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos. No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

- **ACTUALIZADA:** Las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta de las actividades y hallazgos que ocurren en el momento en que tienen lugar.

- **ORGANIZADA:** es importante comunicar la información siguiendo un formato lógico, ya que las notas desorganizadas no explican con claridad que sucedió en primer lugar y pueden provocar confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada.

- **CONFIDENCIAL:** la información sobre los pacientes es confidencial, cuando los profesionales de enfermería tienen razones para utilizar los registros para la obtención de datos, la investigación o la educación, no se rompe esta confidencialidad, siempre que los registros se utilicen con permiso y de acuerdo con las normas que ya están establecidas.

- **SIMULTANEIDAD:** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno, ya que el texto debe tener fluidez de acuerdo a los acontecimientos. Evitando errores u omisiones.

i.- Carácter Legal.(18)

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de

incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.

Debido a la naturaleza propia de la práctica de enfermería, los casos legales en los que con mayor frecuencia puede involucrarse el profesional de enfermería. (18)

El Código de Ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú: en sus artículos a la letra dice: (19)

Artículo 27º.- La enfermera(o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos, relacionados con su desempeño profesional.

Artículo 28º.- Los registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad.

Artículo 29º.- La enfermera(o) comete falta ética cuando omite o altera la información con el fin de favorecer o encubrir a terceras

personas.

Artículo 30º.- Las faltas y violaciones al presente Código de Ética y Deontología son sancionados independientemente de las que son juzgadas y resueltas de acuerdo con las leyes civiles y/o penales, dictadas por las autoridades competentes.

Artículo 31º.- La enfermera(o) comete falta grave contra la ética al no denunciar las infracciones al Código de Ética y Deontología cometidas por otra enfermera(o) (19)

2.2.2. La enfermera de Cuidados Críticos(20)

Ofrece atención de enfermería a pacientes de extrema gravedad y mantiene la observación constante de su evolución, cumple las indicaciones médicas y acciones de enfermería según las necesidades, elabora el proceso de enfermería y aplica el plan de cuidados pacientes en las acciones de prevención, diagnóstico, tratamientos y rehabilitación. Brinda protección, higiene, comodidad y promueve hábitos higiénicos, prepara la unidad del paciente, coloca equipo tales como desfibriladores y ventiladores, vigila e interpreta la actividad del corazón reflejada en los monitores, al igual que el funcionamiento de los equipos en general, observa e

identifica las distintas alteraciones que pueda presentar el paciente como: trastornos hemodinámicos, hepatorreñales, respiratorios y otros mediante las cifras y graficas de los distintos medios diagnósticos.

Aplica cuidados de urgencia participando en las maniobras de resucitación cardiorrespiratorias, masaje cardiaco externo, respiración artificial, desfibrilación y corrección de la acidosis e igualmente administra previa indicación médica otros medicamentos y procedimientos más complejos, mide e interpreta los signos vitales y presión venosa central técnica de electrocardiograma, participa en la visita médica y realiza el de enfermería.

Imparte docencia, orienta al personal nuevo, participa en la educación continuada y programas educacionales, participa y asesora al personal de enfermería y estudiantes sobre trabajos investigativos relacionados con su especialidad, realiza entrega y recibo del turno.

2.2.3. Cuidados críticos.

La atención al paciente críticamente enfermo ha sido una de las áreas de la medicina que ha tenido un desarrollo más acelerado en las últimas décadas. Afortunadamente, el crecimiento se ha realizado de una manera armónica, manteniendo el equilibrio entre los avances tecnológicos y la profundización en los aspectos fisiopatológicos y patogénicos. Es así que los cuidados intensivos, que surgieron para dar una respuesta asistencial eficiente a las urgencias, se han ido transformando en un área especializada dentro de la medicina y tienen un cuerpo teórico bien definido y normas para sus prácticas aceptadas.

En estos servicios el personal de enfermería juega un papel muy importante, y en la actualidad este tipo de cuidado constituye no sólo un reto de esta especialidad, sino que exige también mayor responsabilidad en el campo de la toma de decisiones clínicas.

La complejidad de la situación clínica de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, bien sea por su problema de salud o por estar bajo sedación como una medida terapéutica, hace que tengan un alto riesgo de desarrollar síndrome

de desuso, referido éste como la consecuencia final de una serie de sucesos de desacondicionamiento de todos los sistemas como resultado de la inactividad músculo esquelética prescrita o inevitable (20)

2.2.4. Rol de la enfermera.(21)

El paciente que se encuentra hospitalizado en la UCI va perdiendo su funcionalidad y la enfermera debe reconocer sus riesgos desde el momento del ingreso, tomar medidas para la prevención y/o mantenimiento del funcionamiento de todos los sistemas lo más normal y habitual posible; sin dejar de lado la familia quien es clave en su proceso de recuperación ya que dicho padecimiento altera la estabilidad del núcleo familiar y exige la reorganización en cuanto a cumplimiento de roles y funciones para una mejor adaptación a la nueva situación.

Al existir menos secuelas derivadas del reposo prolongado se evita el desgaste del cuidador informal en casa "El paciente crítico se refiere al que tiene un riesgo vital importante. Un paciente puede llegar a un estado crítico por situaciones urgentes inesperadas: accidentes, atentados...No se prevén o situaciones programadas:

un trasplante, una operación" (22).

2.2.5. Funciones de la enfermera en Cuidados Intensivos:(24)

Según la Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras expresado en el documento: "*Ámbito de la práctica de la enfermería*", donde se expresa: "... no obstante, aun cuando incumbe a las enfermeras, a través de las relaciones profesionales y laborales y de los órganos de reglamentación, la responsabilidad primordial de definir, supervisar y evaluar periódicamente las funciones y el ámbito de la práctica, deben pedirse y tenerse en cuenta las opiniones de otras personas de la sociedad en la definición del ámbito de la práctica" (6,22), es por lo que incluimos, además, como expertos a los facultativos que comparten su experiencia laboral con los enfermeros en estos servicios.

Podemos observar que la propuesta específica en cuatro dimensiones a las funciones (asistenciales, administrativas, docentes e investigativas) (25).

2.2.6. Asistenciales:

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, Integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
- Valorar la información recogida para realizar acciones de Enfermería, registrándolos en la Historia Clínica.
- Evaluar las respuestas del individuo y registra en la Historia Clínica.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Controlar y realizar la preparación física preoperatoria del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.

- Controlar el cumplimiento del tratamiento preanestésico
- Identificar, comunicar y ejecutar acciones ante reacciones producidas por los agentes anestésicos y otros fármacos
- Identificar y comunicar signos y síntomas de emergencia quirúrgica, tales como evisceración, sangramiento, shock hipovolémico, dehiscencia de la herida
- Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de sello de agua y otros drenajes pleurales
- Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad.
- Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas.
- Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto.
- Indicar, ejecutar, interpretar y consultar investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, Benedict, Imbert, ECG, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, creatinina, leucograma).

- Identificar, tomar decisiones junto con el médico, controlar y ejecutar tratamiento en pacientes con signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico.
- Interpretar, participar en la valoración y tomar decisiones junto con el médico y ejecutar acciones según el caso, ante investigaciones clínicas con alteración (hemogasometría, hemograma, glicemia, hemocultivo, benedict, imbert, ECG., orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, creatinina, leucograma)
- Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones, Ej.: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, sangramientos...
- Identificar y tomar decisiones en pacientes con alteraciones en los parámetros vitales.
- Tomar decisiones, controlar y ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos.
- Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.
- Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.

- Ejecutar el manejo de bombas perfusoras.
- Ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos y evaluar el momento oportuno para retirarlos.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
- Ejecutar acciones según el caso y tomar decisiones junto con el médico en la valoración electrocardiográfica.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tracto urinario simple, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar).
- Planificar, controlar, y ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos (gavaje, gastrostomía y yeyunostomía).
- Decidir y ejecutar la colocación y permanencia de de sonda vesical.
- Ejecutar y evaluar la administración de nutrición parenteral.

- Identificar, participar en la valoración y tomar decisiones junto con el médico y ejecutar acciones en pacientes con signos y síntomas de alteración del equilibrio hidromineral.
- Identificar, participar en la valoración y tomar decisiones junto con el médico y ejecutar acciones en pacientes con alteraciones del equilibrio ácido básico.
- Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar la necesidad de administrar aerosol.
- Identificar, tomar decisiones junto con el médico, controlar y ejecutar acciones según el caso en pacientes con signos y síntomas de intoxicación digitalica.
- Prevenir deformidades articulares en pacientes comatosos y con enfermedades neuromusculares.
- Prevenir y detectar úlceras por presión.
- Valorar y ejecutar debridación de las úlceras por presión. De ser necesario consultar con especialistas.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Realizar ventilación manual.
- Seleccionar, ejecutar y controlar el tipo de fisioterapia respiratoria.

- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Detectar y valorar la crisis convulsiva ejecutando acciones independientes.
- Indicar y participar en la RCP básica y avanzada.
- Interactuar en la implantación de marcapaso.
- Controlar funcionamiento de ventiladores mecánicos.
- Detectar y consultar intubación selectiva.
- Elaborar y ejecutar técnica de comunicación extraverbal en los pacientes que lo requieran.
- Aplicar y controlar programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.
- Valorar y decidir conducta con el médico frente a reacciones adversas durante y después de la administración de drogas vasoactivas (como dopamina, dobutamina, digitálicos, trombolíticos y nitroprusiato).
- Valorar y tomar decisiones junto con el médico ante emergencia quirúrgica y politrauma (herida con armas blancas en tórax con compromiso respiratorio.) y ejecutar acciones según el caso.

- Decidir y tomar conducta junto con el médico ante intoxicación por fármacos y ejecutar acciones según el caso.
- Aplicar la política de uso de desinfectantes, antisépticos y esterilizantes.
- Detectar y comunicar signos reales de muerte.

2.2.7. Administrativas:

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de Enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucionales, de servicio, municipal, provincial y municipal.
- Administrar unidades y/o servicios de salud, en los distintos niveles de atención

- Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según pirámide del Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.

- Participar en los pase de visitas conjunto de médicos y de enfermería.
- Planificar, controlar y supervisar los pases de visitas de enfermería.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.

2.2.8. Funciones docentes:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en los ámbitos de su competencia a nivel municipal, provincial, nacional e internacional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras escuelas universitarias nacionales e internacionales.
- Integrar los tribunales de cambio de categoría docente.
- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.

- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías tanto nacionales como internacionales.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Impartir docencia en pregrado y postgrado.

2.2.9. . Funciones investigativas:(25)

- Realizar y/o participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Coordinar, controlar la ejecución de ensayos clínicos.
- Participar en la ejecución de ensayos clínicos.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO III

METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Material y Métodos.

El presente trabajo de investigación fue abordado desde el campo general de las Ciencias de la Salud, específicamente en el área de Enfermería y en la línea de investigación de las notas de enfermería. Se realizara una investigación de campo y se obtendrán los datos de la realidad mediante guía de observación; en este sentido nuestra investigación será descriptiva y explicativa porque describiremos los datos obtenidos explicándolos dentro del marco de la investigación a efecto de establecer, en lo principal, la relación que se infiere entre la variable y la hipótesis.

3.2. Población y muestra

La población estará conformada por las Historias Clínicas exclusivamente las anotaciones de enfermería realizadas a los pacientes hospitalizados durante los 2 turnos en la unidad de Cuidados Intensivos del primer trimestre del año 2013. En este caso nos basaremos en el dato oficial que nos indica que la cantidad de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos es de

46 por lo tanto tenemos una población de 46 historias clínicas.

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para el estudio se aplicó un instrumento denominado lista de cotejo para calidad de las notas de enfermería, cuyo propósito fue identificar la calidad de las anotaciones de enfermería. Cuenta con 37 ítems: Calidad de las Notas de Enfermería subdividido en estructura y contenido

3.4. Procedimiento y recolección de datos

Para la recolección de datos en el presente trabajo de investigación se consideraron los siguientes aspectos:

- Se solicitó permiso al director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con la finalidad de solicitarle su aceptación para la realización de dicho proyecto.
- Confirmada la aceptación por parte del director, se coordinó con la Unidad de Cuidados Intensivos para la aplicación del instrumento.
- La observación y llenado de la lista de cotejo se hizo previa Coordinación.

3.5. Procesamiento de Datos

Luego de la recolección de datos, la información será analizada e ingresada en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS V20, Excel 2010. Se elaborarán tablas simples y gráficos pertinentes.

Se presentaron los resultados de nuestra investigación y que está compuesta por los datos obtenidos a través de las treinta y siete preguntas historias clínicas.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

TABLA N°1
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA 2013
PRIMER TRIMESTRE

CALIDAD	N°	%
Mala	0	0,0
Regular	3	6,5
Buena	43	93,5
Total	46	100,0

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO.

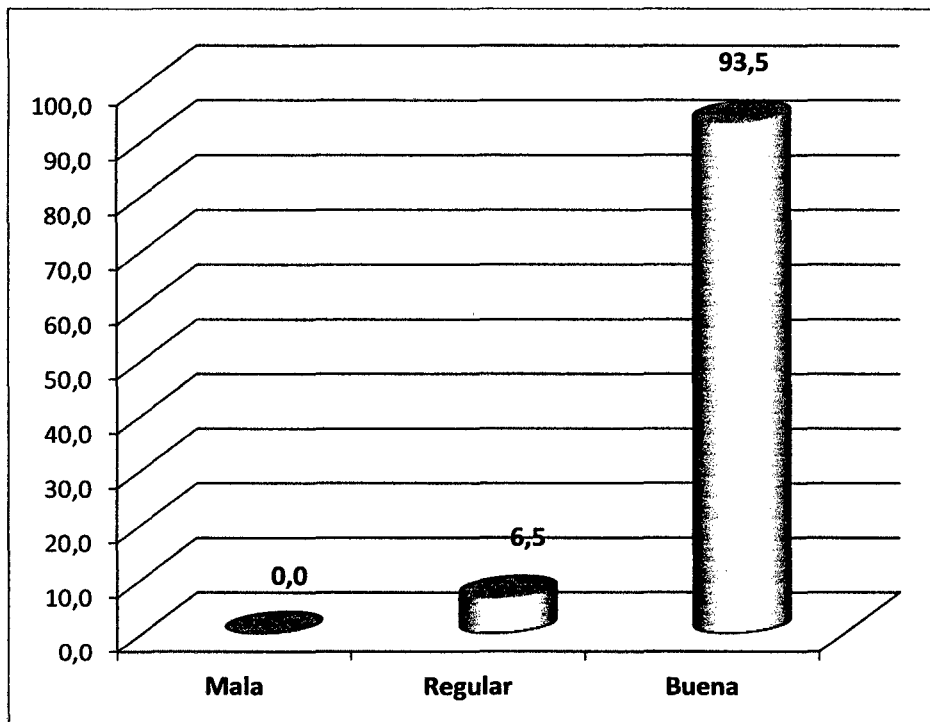
INTERPRETACION

De acuerdo a los objetivos propuestos para el presente trabajo, se realizó la aplicación del instrumento previamente validado, obteniendo como resultados que el 93.5% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 6,5% con una regular calidad.

GRAFICO N°01

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013

PRIMER TRIMESTRE



Fuente: tabla N° 01

TABLA N°2
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN
EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA- 2013
PRIMER TRIMESTRE

ESTRUCTURA	N°	%
Mala	1	2,2
Regular	5	10,9
Buena	40	87,0
Total	46	100,0

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

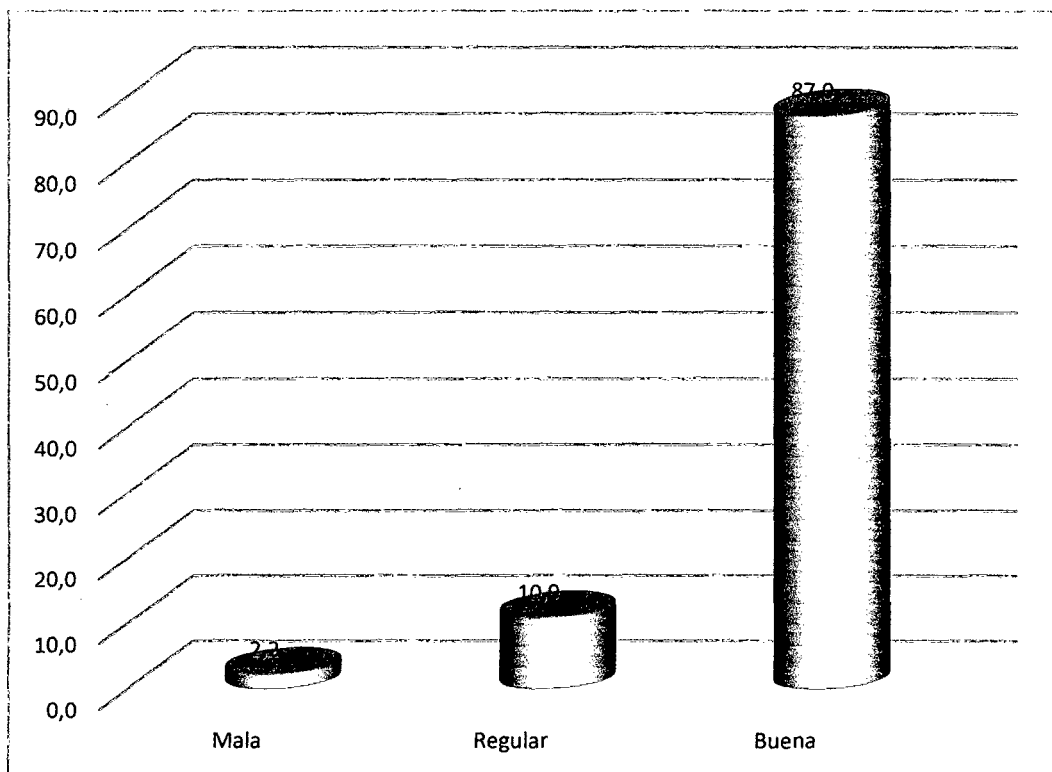
INTERPRETACION:

En el presente grafico estadístico nos muestra según, la dimensión estructura que fue evaluada según 23 Items, de los cuales se calificaron de acuerdo a los criterios consignados en la lista de chequeo, mostrando los siguientes resultados; que el 87% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 10,9% con una regular calidad. En mínimo porcentaje se observó que el 2.2% tuvo una mala calidad de notas de enfermería en la dimensión estructura.

GRAFICO N°02

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA- 2013

PRIMER TRIMESTRE



Fuente: tabla N° 02

TABLA N° 3
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN EL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA, 2013.
PRIMER TRIMESTRE

VALORACION PAE	N°	%
Mala	0	0,0
Regular	7	15,2
Buena	39	84,8
Total	46	100,0

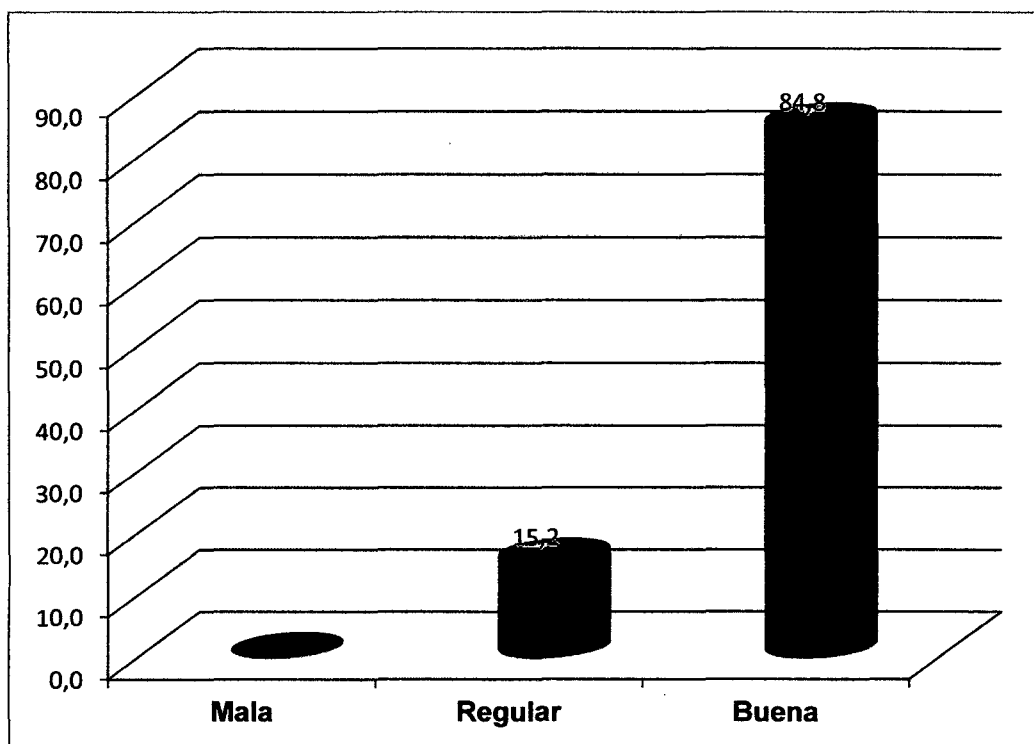
FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

INTERPRETACION:

La dimensión estructura fue evaluada según 4 ítems, de los cuales se calificaron de acuerdo a los criterios consignados en la lista de chequeo, mostrando los siguientes resultados; que el 84.8% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 15.2% con una regular calidad.

GRAFICO N°03

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2013. PRIMER TRIMESTRE



Fuente: tabla N° 03

TABLA 4

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA SIGNIFICATIVA EN EL PERSONAL DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA 2013.**

PRIMER TRIMESTRE

Criterios		Nº	%
Considera el balance hídrico	NO	1	2,2
	SI	45	97,8
Realiza el Plan de cuidados	NO	0	0,0
	SI	46	100,0
Realiza la evaluación del Plan de cuidados	NO	12	26,1
	SI	34	73,9
Estructura correcta	NO	1	2,2
	SI	45	97,8
Letra legible	NO	6	13,0
	SI	40	87,0
Usa color de lapiceros de acuerdo al turno	NO	17	37,0
	SI	29	63,0
Coloca firma/identificación de la enfermera	NO	9	19,6
	SI	37	80,4
Coloca sello	NO	20	43,5
	SI	26	56,5

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro estadístico, Observamos que de un total de 46 HCL revisadas, en el 43,5% no colocan sello, el 37% usa lapicero de color diferente de acuerdo al turno, el 26,1% no realiza la evaluación del plan de cuidados. El 19,6% no coloca su firma e identificación de la enfermera, y un 13% no tiene la letra legible.

TABLA 5

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA SIGNIFICATIVA EN EL PERSONAL DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA 2013
PRIMER TRIMESTRE**

Criterios		Nº	%
Coloca nombre y apellidos del paciente	NO	0	0,0
	SI	46	100,0
Registra número de HCL	NO	0	0,0
	SI	46	100,0
Coloca número de cama	NO	0	0,0
	SI	46	100,0

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro estadístico que demuestra En los criterios de evaluación de las notas de enfermería, en cuanto a estructura observamos que, el 100% del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, cumple con el criterio al 100%.

TABLA 6

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA NO PRESENCIA DE ERRORES SEGÚN
DIMENSION ESTRUCTURA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA 2013.**

PRIMER TRIMESTRE

Criterios		Nº	%
No presenta enmendaduras (uso de corrector)	NO	27	58,7
	SI	19	41,3
Sin tachas	NO	1	2,2
	SI	45	97,8

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro estadístico encontramos que en las 46 Historias clínicas con las Notas de Enfermería evaluadas, el 58,7% no presenta enmendaduras pero un 41,3% si las presenta. Asimismo el 97,8% de notas de enfermería se encontraba sin tachas, o borrones y un 2,2% tenía tachas.

TABLA 7**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSION DE VALORACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013.****PRIMER TRIMESTRE**

VALORACION		Nº	%
Obtiene datos objetivos del paciente	SI	46	100,0
	NO	0	0
Obtiene datos subjetivos del paciente	SI	29	63,0
	NO	17	37,0
Evalúa las esferas del comportamiento humano	SI	29	63,0
	NO	17	37,0
Registra los datos obtenidos aplicando los modelos y/o teorías de enfermería	SI	39	84,8
	NO	7	15,2

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro estadístico según dimensión de valoración Del total de HCL revisadas, encontramos que el 100% del personal obtiene datos objetivos del paciente, el 37% no obtiene datos subjetivos ni evalúa las esferas del comportamiento humano, y en menor frecuencia el 15,2% no registra los datos obtenidos aplicando los modelos de teorías de Enfermería.

TABLA 8

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSION DE
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA 2013.
PRIMER TRIMESTRE**

DIAGNOSTICO		Nº	%
Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.	SI	46	100,0
	NO	0	0
Utiliza etiquetas diagnosticadas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería.	SI	44	95,7
	NO	2	4,3

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el siguiente cuadro estadístico se observa que el 100% del personal formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería y el 95.7% utiliza etiquetas diagnosticadas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería.

TABLA 9

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSION DE PLANEAMIENTO DE ENFERMERIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013.
PRIMER TRIMESTRE**

PLANEAMIENTO		Nº	%
Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos	SI	46	100,0
Establece prioridades en el orden de los cuidados a dar	SI	46	100,0
Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología (NIC)	SI	46	100,0
Establece los resultados esperados en base al problema	SI	42	91,3
	NO	4	8,7

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro se encontró que el 100% de las Notas de Enfermería presenta planeamiento en el formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos, de igual manera establecen prioridad en un 100%, en el orden de los cuidados a brindar, el 100% establece las Intervenciones de Enfermería en base a la etiología (NIC), y del mismo modo el 91.3% establece los Resultados Esperados en base al problema.

TABLA 10

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSION DE EJECUCION DE ENFERMERIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013.
PRIMER TRIMESTRE**

EJECUCION		Nº	%
Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna	SI	46	100,0
Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE	SI	46	100,0

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro observamos que el 100% de las profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, registran en sus notas de enfermería las intervenciones en forma adecuada y oportuna, en igual forma realizan las Notas de Enfermería aplicando el SOAPIE.

TABLA 11

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSION DE
EVALUACION DE ENFERMERIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA 2013.
PRIMER TRIMESTRE**

EVALUACION		Nº	%
Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)	SI	46	100,0
Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente	SI	42	91,3
	NO	4	8,7

FUENTE: HCL DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

En el presente cuadro observamos que el 100% de las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos consideran evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a los Resultados Esperados (NOC), de igual forma el 91.3% de las Notas de Enfermería registran Evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a la evolución del estado del paciente ante un 8.7% que no registra.

4.2. DISCUSION

La Enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales, los profesionales dejan constancia de todas las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidar. Los registros de Enfermería tienen suma importancia por su responsabilidad jurídica, moral, las implicaciones legales y éticas durante el periodo de hospitalización, además de favorecer el desarrollo de la profesión.

En base a lo expuesto en el párrafo anterior es que el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar cuál es la calidad de las notas de enfermería en el Servicio de Cuidados intensivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Tabla N° 01 De acuerdo a los objetivos propuestos para el presente trabajo, se realizó la aplicación del instrumento previamente validado, obteniendo como resultados que el 93,5% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 6,5% con una regular calidad. Al respecto **Cabrera Lobos** (2011) muestra que el personal de enfermería no cumple en el 100% de las normas de redacción de

notas de enfermería y los expedientes clínicos en un 50% no contienen la hoja de anotaciones de enfermería.

Comparado con lo reportado por **Fernández Aragón (2012)** en su trabajo de evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización, Cartagena 2012 muestra como resultados que el 71% de los enfermeros muestran un nivel excelente de conocimiento sobre notas de enfermería y la resolución 1995 de 1999; sin embargo al comparar esta información con la lista de chequeo aplicada se encuentra que un 23% de los enfermeros no registran la evolución del paciente durante el turno.

Y lo encontrado por **Córdova Vargas (2010)** en su estudio de Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria, reporta que todos los profesionales de enfermería hospitalaria estudiados tienen una mala calidad de las notas de enfermería en cuanto a objetividad, continuidad, vigencia y firma.

Como vemos los diferentes trabajo citados muestran porcentajes elevados de mala calidad de las notas de enfermería, comparado con lo encontrado en nuestro trabajo realmente podemos decir que el grupo de profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos

muestra mejores indicadores de calidad en sus notas y por ende en sus cuidados, situación favorable para la profesión de enfermería, lo citado anteriormente valora el trabajo que se realiza y **Ceballos Ramírez (2010)** afirma que éste es un puente permanente de comunicación con el personal de enfermería y el resto del equipo de salud, dicha situación se hace mucho más relevante cuando hablamos de la atención en un servicio donde la enfermera de cuidados intensivos tiene un rol decisivo en la vida del paciente crítico y representan para el profesional de enfermería un reto por la complejidad del cuidado que ellos ameritan, ya que en el día a día, la enfermera asiste las necesidades del paciente causadas por la pérdida de independencia y autonomía.

Tabla N° 2 La dimensión estructura muestra que el 87% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 10,9% con una regular calidad. En mínimo porcentaje se observó que el 2,2% tuvo una mala calidad de notas de enfermería en la dimensión estructura. Debemos resaltar que los registros de enfermería tienen un valor administrativo, un indicador de calidad que permite evaluar y documentar la calidad y

por tanto tomar las medidas correctivas orientadas a vulnerar las áreas incompletas, como puede ser actividades de capacitación. Podemos ver que el Ministerio de Salud cuenta con una norma técnica n.t. nº 022-minsa/dgsp- v.02 norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud en al que contempla esta dimensión el cual vemos que las notas de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos si cumple a un 87%

Tabla N° 3 La dimensión de valoración nos muestra que el 84.8% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 15,2% con una regular calidad.

Cabe indicar que los beneficios de un buen registró: Son Evaluar todo el proceso de atención de forma continuada y permanente. Sirven de posible fuente para la puesta en marcha de proyectos y estudios de la calidad, costo-eficacia, efectividad y resultado de los cuidados en personas hospitalizadas.

Permiten la medición del costo de los servicios brindados por los enfermeros, por ello y considerando la importancia de un adecuado

registro es que debemos mejorar algunos aspectos que aún están débiles.

Al respecto mencionaremos que Atkinsion y Murria (1990) dicen: "La valoración es una parte de cada una de las actividades que realiza el personal de enfermería para el paciente y con el paciente.

A si mismo mencionaremos que la ANA (American Nurse's Association) dice que la valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de datos a partir de diversas fuentes, para analizar el estado de salud de las personas. Es la base para la identificación del diagnostico de enfermería, el desarrollo la ejecución de acciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería.

Tabla N° 4 Por su estructura Se encontró que en el 43,5% de notas de enfermería aun no colocan sello, el 37% usa lapicero de color diferente de acuerdo al turno, el 26,1% no realiza la evaluación del plan de cuidados. El 19,6% no coloca su firma e identificación de la enfermera, y un 13% no tiene la letra legible.

Al respecto mencionamos a **López Pérez (2009)** tuvo como resultados que los registros estaban en conforme y de acuerdo del

Consejo Regional de Enfermería de Minas Gerais: la Fecha tuvo (96,8%), el tiempo (90,5%), de manera legible (87,4%), la identificación profesional completo (76,3 %), ausencia de espacio en blanco (94,1%), ausencia de borraduras comentarios (98%), información no relacionada con el cliente (0,4%); correcciones apropiadas como faltas de ortografía (86,2%) y abreviaturas no estándar (5,1%). Se observaron deficiencias en enfermería histórica / examen físico, poniendo en peligro la funcionalidad del registro como instrumento de comunicación.

Tabla N° 5 Por su estructura según característica significativa, en los criterios de evaluación de las notas de enfermería, observamos que el 100% del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, cumple en colocar nombre apellido, registra numero historia clínica, coloca número de cama al 100% .

Podemos ver que el Ministerio de Salud cuenta con una norma técnica n.t. n° 022-minsa/dgsp- v.02 norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud en al que contempla esta dimensión el cual vemos que las notas de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos si cumple a un 100%

Tabla N° 6 Según dimensión de estructura Encontramos que en las 46 Historias clínicas con las Notas de Enfermería evaluadas, el 58,7% no presenta enmendaduras pero un 41,3% si las presenta. Asimismo el 97,8% de notas de enfermería se encontraba sin tachas, o borrones y un 2,2% tenía tachas.

Tenemos que tener en consideración estos resultados ya que si bien en forma general nuestro estudio reporta una calidad de notas de enfermería, también nos muestra los puntos débiles donde se deben implementar estrategias de mejora. Para cumplir lo Normado por el Colegio de Enfermeros del Perú que a la letra dice en su:

Artículo 28°.- Los registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad.

Tabla N° 7 Según dimensión de Valoración El 100% del personal obtiene datos objetivos del paciente, el 37% no obtiene datos subjetivos ni evalúa las esferas del comportamiento humano, y en menor frecuencia el 15,2% no registra los datos obtenidos aplicando los modelos de teorías de Enfermería.

Lo que muestra que no se cumple con el registro de los cuidados de enfermería deberá ser **pertinente y concisa**, debiendo reflejar las necesidades, problemas y capacidades y limitaciones del paciente.

El registro será objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas. No podemos sentirnos confiados que si registramos los datos objetivos al 100% y no cumplir con los datos subjetivos, tenemos que propender a la calidad en todos los aspectos, y el presente trabajo cumple con el objetivo propuesto.

Tabla N° 8 Según dimensión de diagnóstico El 100% del personal formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería y el 95,7% utiliza etiquetas diagnosticadas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería.

Es una función intelectual que consiste en procesar los datos recolectados para llegar a formular el diagnóstico, Faye Abdallah en 1960 identificó 21 problemas clínicos que fueron utilizados para

diagnosticar las respuestas ante la salud y la enfermedad del cliente que necesitan intervenciones de enfermería.

Luego en 1973 se llevó a cabo la primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería en la escuela de enfermería de la universidad de St. Louis. Se formularon diagnósticos de enfermería y se publicó una lista provisional. Este trabajo proporciona al enfermero un trabajo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería y brindar el cuidado al usuario. Aun se continúa validando los diagnósticos existentes e investigados para el desarrollo de nuevos diagnósticos.

Tabla N° 9 Asimismo el 100% de las Notas de Enfermería presenta planeamiento en el formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos, de igual manera establecen prioridad en un 100%, en el orden de los cuidados a brindar, el 100% establece las Intervenciones de Enfermería en base a la etiología (NIC), y del mismo modo el 91,3% establece los Resultados Esperados en base al problema.

Dichos resultados tiene mucho valor cuando revisamos el Código del colegio de enfermeros que a la letra dice en su artículo 27º.- La enfermera(o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos, relacionados con su desempeño profesional. Mostrándonos así que el desempeño laboral de nuestro equipo de enfermeras está en un nivel óptimo respecto a este aspecto.

Tabla N° 10 El 100% de las profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, registran en sus notas de enfermería las intervenciones en forma adecuada y oportuna, en igual forma realizan las Notas de Enfermería aplicando el SOAPIE.

Es un momento importante para establecer una relación significativa entre enfermera Cliente. Se debe recordar que cuando se tiene un problema de salud, la persona esta crisis, por lo que la **COMPRESION** es necesaria durante las actuaciones de enfermería. En esta fase se ponen en práctica los conocimientos y habilidades de la enfermería.

Tabla N° 11 El 100% de las Notas de Enfermería consideran evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a los Resultados Esperados (NOC), de igual forma el 91,3% de las Notas

de Enfermería registran Evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a la evolución del estado del paciente. Estos resultados nos dan las herramientas necesarias para poder confirmar nuestra Hipótesis planteada:

“Las notas de enfermería del profesional de la Unidad de Cuidados críticos cumplen con las normas de calidad establecidas”.

En general la calidad de las notas de enfermería está por encima del 90% de cumplimiento, por tanto se espera con este estudio, proporcionar nuevas estrategias para la educación, el seguimiento y la evaluación de los registros de asistencia sistemática.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos para el presente trabajo, se realizó la aplicación del instrumento previamente validado, obteniendo como resultados:

- El 93.5% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 6,5% con una regular calidad.
- La dimensión estructura muestra que el 87% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería.
- El 100% de los criterios de evaluación se cumplen en las notas de enfermería del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, cumple al 100%.
- El 100% del personal obtiene datos objetivos del paciente, el 37% no obtiene datos subjetivos ni evalúa las esferas del comportamiento humano, y en menor frecuencia el 15,2% no registra los datos obtenidos aplicando los modelos de teorías de Enfermería.

- El 100% del personal formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería y el 95,7 % utiliza etiquetas diagnosticadas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería.
- El 100% de las Notas de Enfermería presenta planeamiento en el formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos, de igual manera establecen prioridad en un 100%, en el orden de los cuidados a brindar, el 100% establece las Intervenciones de Enfermería en base a la etiología (NIC), y del mismo modo el 91,3% establece los Resultados Esperados en base al problema.
- El 100% de las profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, registran en sus notas de enfermería las intervenciones en forma adecuada y oportuna, en igual forma realizan las Notas de Enfermería aplicando el SOAPIE.

El 100% de las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos consideran evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a los Resultados Esperados (NOC), de igual forma el 91,3% de las Notas de Enfermería registran Evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a la evolución del estado del paciente.

RECOMENDACIONES

Las Recomendaciones derivadas del estudio son:

- 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.
- Que el Departamento de Enfermería fortalezca y 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.
- Implementar estrategias de mejora continua en los registros de enfermería que se involucre todos los servicios, considerando que 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.

- Continuar en la ejecución de estudios similares a nivel cualitativos de otras instituciones de salud que nos permitan conocer los avances así como diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de las anotaciones de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. León Román Carlos Agustín. Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería. Rev Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2005 Agosto [citado 2013 Mayo 10] ; 21(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200009&lng=es
2. Lizalde Hernández Azucena, Cuamatzi Peña María Teresa, Montoya Díaz Ma. del Carmen. (2008) "Importancia de Vincular NANDA NOC y NANDA NIC en los Registros del Perioperatorio". Rev. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 16 N° 8 Septiembre, 2008.
3. León Carlos (2008) Aplicación del método cubano de registro clínico del proceso de atención de enfermería. <http://tesis.repo.sld.cu/42/1/Leon-Roman-CA.pdf>
4. Bello Fernández N. Proceso de Atención de Enfermería: origen y evolución en Cuba. La Habana: Instituto Superior de Ciencia Médicas; 2001

5. Kozier Barbara, Glenora Erb. Andre y Berman, Shirlee J. Snyder (2005) Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso, y práctica. 7ma Edición. Voll. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España.
6. Código Deontológico de Enfermería de Venezuela (1999) Caracas.
7. Corcoles P. (2002) El dossier de enfermería En el Complejo Hospitalario De Albacete: Composición y control de calidad. Registros de enfermería: Perspectivas del futuro y posibles soluciones. España.
8. Ceballos Ramírez Laura M. Rodríguez Ramírez Laura A. (2010) Cuidados de Enfermería UCI al paciente con reposo prolongado susceptible de desacondicionamiento cardiovascular. Monografía para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado al Adulto en Estado Crítico de Salud Universidad de Antioquia, Medellín 2010
9. Cabrera Lobos Karlita et. al. (2011) "Factores que influyen en la calidad de atención que brinda el personal de enfermería a los usuarios que consultan en la Unidad de Salud de Juayua de Sonsonate, Febrero - Setiembre 2011".

10. Aspectos legales en la práctica de enfermería:

http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/1_6.htm

11. Fernández Aragón Shirley et. al (2012). Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Cartagena 2012.

<http://www.curn.edu.co/journals/index.php/cienciaysalud/article/view/25>

12. Córdova Vargas Guisella K. 2010. "Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria" Piura 2010. Tesis para optar el Título profesional de Licenciadas en enfermería.

<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/18681.pdf>

13. López Pérez Carmen F. (2009) Evaluación de la calidad de notas de enfermería en el área de Hospitalización en una Clínica de Tercer Nivel de Atención.

14. Méndez Calixto Gabriela. (2001) La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001(9):1-4.

15. Martínez Sarria Patricia. Labor de la Enfermera asistencial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”
16. Méndez G. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermedad Cardiol. 2001(9):14
17. Ollalva Magiseth, Herrera Isnuris. (2012). factores que afectan la elaboración de registros clínicos de enfermería en las áreas de hospitalización de la “ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera” 2012. trabajo especial de grado para optar al título de licenciados en enfermería.
18. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Ley de Trabajo del Enfermero N°27669. Lima - Perú. CEP- Perú http://www.cep.org.pe/beta/download/codigo_etica_deontologia.pdf
19. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Código de Ética y Deontología D.L. 223115 Lima - Perú.
20. Torres Esperón J.M., Hernández Rodríguez J.C. Otero Ceballos M., Urbina Laza O. (2004). Funciones y tareas asistenciales de

enfermería en los Cuidados Intensivos. Escuela Nacional de Salud Pública Ciudad Habana.

21. Cardona Restrepo FA, Franco Agudelo GM Efectos del reposo prolongado en cama sobre el sistema músculo-esquelético en el adulto hospitalizado en unidad de cuidados intensivos. Intervenciones de enfermería. [Tesis Especialista en Cuidado de Enfermería al Adulto en Estado Crítico de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. 2004.

22. Stuempfle K. Drury DG. Consecuencias fisiológicas del reposo en cama. Publice Premium [internet] [acceso 7 mayo 2013]. Disponible en <http://www.sobrentrenamiento.com/Publice/Articulo.asp?ida=934&tp=p>

23. Sánchez R. Atención especializada de enfermería al paciente ingresado en cuidados intensivos. 2ª Ed. España: Alcalá; 2007

24. Declaración oficial del Concilio Internacional de Enfermería, 2000.

25. Torres Esperón J.M., Hernández Rodríguez J.C. Otero Ceballos M., Urbina Laza O. (2004). Funciones y tareas asistenciales de

enfermería en los Cuidados Intensivos. Escuela Nacional de Salud
Pública Ciudad Habana

26. Hernández A. Metodología de la Investigación. Editorial May. México.
1996

27. Dirección general de salud de las personas n.t. nº 022-minsa/dgsp-
v.02 norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del
sector salud

28. Lic. Elide Tipacti Sotomayor Proceso de atención de enfermería Teoría
y Práctica.

ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GHROMANN “EVALUACION DE CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. AÑO 2013”

OBJETIVO: Obtener información acerca de las acciones realizadas por la enfermera durante un turno de trabajo consignadas en las anotaciones de enfermería, durante el año 2013.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una serie de enunciados a lado derecho de la hoja, marque con un aspa según corresponda: **SI: Si realiza las acciones del enunciado. NO: Si No realiza las acciones del enunciado.**

E = ESTRUCTURA	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Coloca Nombre y Apellido de paciente			
2. Número de Historia Clínica			
3. Número de cama			
4. Fecha y hora			
5. Considera balance hídrico			
6. Realiza el plan de cuidados			
7. Realiza la evaluación del plan de cuidados			
8. Estructura correcta (Redacción)			
9. Refleja presentación			
10. Refleja orden			
11. No presenta enmendadura (uso de corrector)			
12. Sin tacha			
13. Uso de abreviaturas no oficiales			
14. No deja líneas en blanco			
15. Letra legible			
16. Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul diurno y rojo noche)			
17. Coloca firma (identificación de la enfermera)			
18. Coloca sello			
19. Mantiene orden cronológico			
20. Anota los Signos y síntomas del paciente.			
21. Coloca las cifras de las funciones vitales.			
22. Informa sobre el tratamiento administrado.			
23. Menciona procedimientos especiales realizados al paciente durante el turno.			

I. VALORACION:

1. Obtiene datos objetivos del paciente.
2. Obtiene datos subjetivos del paciente.

3. Evalúa las esferas del comportamiento humano: <ul style="list-style-type: none">• Físico• Psicológico• Espiritual• Social			
4. Registra datos obtenidos aplicando los modelos y/o teorías de enfermería			
II. DIAGNOSTICO:			
5. Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.			
6. Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, Potencial, Bienestar.			
III. PLANEAMIENTO:			
7. Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos.			
8. Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar.			
9. Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC)			
10. Establece los resultados esperados en base al problema.			
IV. EJECUCIÓN:			
11. Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna.			
12. Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE.			
V. EVALUACIÓN:			
13. Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)			
14. Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.			