

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Sección de Segunda Especialidad

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA AÑO 2011**

TESIS

Presentada por:

Lic. Sandra Carmela Morales Loayza

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en
Paciente Crítico - Mención en Adulto**

TACNA - PERÚ

2012

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Sección de Segunda Especialidad

**“CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA AÑO 2011”**

Tesis

Presentada por:

Lic. Sandra Carmela Morales Loayza

Para Optar el Título de Segunda Especialidad:

CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CRITICO – MENCION EN ADULTO

Aprobado por; _____ ante el siguiente jurado:



Mgr. Elena Cachicatari Vargas
Presidenta

Lic. Esp. Elsa Ninaja Sanga
Miembro del Jurado

Lic. Esp. Blanca Raquel Zeballos Delgado
Miembro del Jurado

Lic. Esp. Elide Eugenia Tipacti Sotomayor
Asesora

DEDICATORIA

Esta investigación la dedico a mi madre, quién con su apoyo incondicional, me impulso a que sea posible culminar mi 2da especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero dar gracias a Dios por darme la existencia y gozar de sus bendiciones junto a mi familia. Dar gracias a la Lic. Esp. Adela Zeballos Gamez; quién con su espíritu de superación, me demostró que todo es posible y gracias a sus palabras de aliento, me ayudó a cumplir con la meta de ser enfermera especialista.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DETERMINACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	3
1.1.1.- Planteamiento del Problema	3
1.2.- JUSTIFICACIÓN.	6
1.3.- OBJETIVOS	9
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL	9
1.3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
1.4.- HIPOTESIS	9
1.4.1.- HIPOTESIS GENERAL.....	9
1.4.2.- HIPOTESIS ESPECÍFICAS	10

CAPÍTULO II
MARCO TEORICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	11
2.2.- BASE TEÓRICA.....	15
2.3.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	54

CAPÍTULO III
MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	59
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	59
3.2.1. Población.....	59
3.2.2. Muestra.....	60
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	60
3.4. INSTRUMENTO:.....	61
3.5. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS VALIDEZ:.....	61
3.6. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:.....	62
3.7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	63
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	67

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS	68
4.2. DISCUSION.....	100
CONCLUSIONES.....	103
RECOMENDACIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	107
ANEXOS.....	111

RESUMEN

El presente estudio intitulado **“Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua I semestre año 2011”** de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y coeficiente de correlación. Se llegó a las conclusiones: Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).

ABSTRACT

This study entitled **"Quality Nursing Notes Intensive Care Unit - Regional Hospital Moquegua first half year 2011"** quantitative, prospective, cross-sectional, his objective was to determine the quality of the nursing notes in the unit acute care hospital nurses. The population consisted of 64 medical records for the first half, we applied a checklist through direct observation and evaluation. The analysis and data processing was done in SPSS version 20, descriptive statistics, reliability testing was conducted using Cronbach's alpha and correlation coefficient. Conclusions were reached: The nursing notes show a significant percentage of fair quality with a 54,7%. The 79,7% have a regular quality dimension in their structure and 96,9% of the studied nursing notes have poor quality in terms of content dimension (PAE).

INTRODUCCIÓN

Las notas de enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad que 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 enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua-2011.

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

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.DETERMINACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.1. Planteamiento del Problema:

La Enfermería cuenta con un lenguaje y símbolos especializados. A medida que la teoría se ha desarrollado, estos conceptos, lenguajes y formas de obtener datos reflejan las nuevas maneras de pensar y conocer en enfermería. El lenguaje de la teoría de enfermería facilita la comunicación entre los miembros de la disciplina. El conocimiento experto de la disciplina se requiere con frecuencia para una total comprensión del significado de términos especiales. Al mismo tiempo, se hace evidente con frecuencia que la enfermería selecciona un lenguaje común, de manera que se puede comunicar mas plenamente con aquellos a quienes sirve.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y

¹El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado – Facultad de Enfermería. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. SEDE BOGOTA. Pág. 29 – 30.

terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente”.

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 y por sobretodo 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 Auditoría Clínica cobra especial relevancia, cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica.²

Una auditoría implica el examen o la revisión de informes. Una auditoría retrospectiva consiste en la evaluación de los informes

²Reingeniería de los Registros y Auditoría moderna del cuidado de Enfermería. Modulo VII. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS – EDEXPRO SAC. Diplomado. Pág. 7.

de un paciente después del alta del centro. Retrospectivo significa relativo a acontecimientos pasados.³

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. 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.

La NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION NANDA es la institución oficial 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

³FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: CONCEPTOS, PROCESO Y PRACTICA. KOZIER Barbara, GlenoraErb. Andre y Berman, Shirlee J. Snyder. 7ma Edición. Voll.Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España 2005.

cada dos años. Los diagnósticos enfermeros son problemas reales y potenciales de la persona que la enfermera puede resolver. En ningún caso son problemas que enfrenta la enfermera en la atención del mismo. Cada diagnóstico es un juicio clínico o conclusión que surge como resultado del análisis e interpretación de los datos encontrados en la valoración de enfermería.⁴

De todo lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de las Notas de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional Moquegua del primer semestre del 2011?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene una legítima relevancia científica porque nos ayudará a mejorar la redacción de las notas de enfermería impulsando a la aplicación del Proceso de Atención 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.

⁴Manual de Registros de Enfermería Modelo SOAPIE Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Interpretaciones más frecuentes en los Servicios Hospitalarios. Tomo I. LOAIZA CALDERON YENY MILUSKA, AYLLON CHAMBIZEA ROSA MIRTHA. Arequipa – 2010. Pág. 4

Nos aporta evidencias que sirven para plantear algunas reflexiones de la redacción en las notas de enfermería reflejando la práctica del cuidado que brinda la enfermera, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que son de mucha ayuda en los Procesos Legales en la Actualidad.

El estudio planteado pretende proporcionar 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 el Hospital Regional de Moquegua en la Unidad de Cuidados Intensivos, para que de esta manera se puedan respaldar ante un Proceso Legal que se pudiera suscitar prospectivamente.

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.

La Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669, en el artículo N° 7 incisos (a), promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala: “Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”. Teniendo en cuenta que el PAE constituye una herramienta para brindar atención a la persona, considerando al PAE como un método científico basado en el proceso de comunicación que nos permite satisfacer necesidades propias del proceso salud – enfermedad.

Los registros son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua. Siendo los registros un documento formal, legal de la evolución y tratamiento del paciente.

Las anotaciones de enfermería constituyen uno de estos registros ya que aquí se plasman la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería, por tanto, en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda en la institución.

La eliminación de los registros repetitivos y narrativos puede reducir el tiempo total invertido en registros y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente.⁵

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA en el primer semestre - 2011.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar la calidad de las notas de enfermería según dimensión estructura.
- ✓ Determinar la correspondencia de las notas de enfermería con el Proceso de Atención de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Moquegua.

1.4. HIPOTESIS

1.4.1. Hipótesis General

- ✓ Las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua son de calidad.

⁵El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27. Consultar el capítulo completo en : http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/anglade_vc/pdf/anglade_vc-TH.1.pdf

1.4.2. Hipótesis Específicas

- ✓ Las notas de enfermería según dimensión estructura son de calidad.
- ✓ Las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Moquegua tienen correspondencia con el Proceso de Atención de Enfermería.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Nacionales:

Bach. COTRADO MAQUERA G. Relación entre el nivel de conocimiento del proceso de atención de enfermería y su aplicación en los centros de salud de la provincia de Tacna – 2006. El nivel de conocimiento del proceso de atención de enfermería es regular en el 64.4% de las enfermeras de los centros de salud de la provincia de Tacna. El nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería es medio en el 89.8% de las enfermeras de los centros de salud de la provincia de Tacna. Se realizó la prueba Chi cuadrado siendo el resultado $p > 0.05$, estadísticamente este dato significa que no existe relación entre el nivel de conocimiento y de aplicación.

ANGLADE VIZCARRA C. Características de las Anotaciones de Enfermería y Factores Personales e Institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo – 2006. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. Las

anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, 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. Ante los resultados se presentan algunas recomendaciones orientadas a impulsar la práctica de la elaboración de las anotaciones de enfermería e incentivando el interés personal garantizando resultados óptimos a favor de la continuidad en el cuidado del paciente.

Internacionales:

Hordern A; Callen J; Gibson K; Robertson L; Li L; Hains IM; Westbrook JI. Inform: StudHealthTechnol 178:71-6, 2012. "El uso de un sistema de vigilancia electrónica de medicamentos para pacientes ambulatorios con enfermedad crónica: Cómo lo hace impacto en el tiempo que las enfermeras pasaron documentar el cuidado clínico". Centro de Investigación de Sistema de Salud y Seguridad, Instituto Australiano de Salud de la Innovación de la Universidad de New South Wales, Sydney, Australia - 2012. Supervisión de medicamentos de pacientes ambulatorios reumatología de modificador de la enfermedad - medicamentos antirreumáticos(FARME) es lento y complejo, con posibilidades de error. Los sistemas electrónicos tienen

el potencial de mejorar el proceso. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un Sistema de Monitoreo de Drogas electrónicos (EDMS) en las enfermeras el tiempo que invierten en la documentación clínica asociada con el monitoreo. El estudio se llevó a cabo con todas las enfermeras (n= 4) en el Departamento de Reumatología de un gran hospital metropolitano de enseñanza australiana. El EDMS fue diseñado como un módulo del Sistema de Información del Hospital Clínico (IAC) para ayudar a los clínicos en el seguimiento de los pacientes de reumatología en DMARDS. Los resultados mostraron que tras la aplicación de las enfermeras EDMS pasaron significativamente menos tiempo en la documentación de información- seguimiento (13,6% a 7,2%, $p < 0,0001$). Por consiguiente, hubo una disminución significativa en las enfermeras de tiempo dedicado al uso de los IAC (13,01% a 2,8%, $p < 0,0001$) para el seguimiento y el uso de hojas sueltas de papel también disminuyó (7,6% a 5,0%, $p = 0,002$). El EDMS hecho que el proceso de seguimiento de las drogas más rápido y sencillo para las enfermeras y por lo tanto les permitió aumentar su tiempo dedicado a la atención directa al paciente.

Lowery M; Dobbs J; Monkhouse A. CommunityPract;85(9):20-3, 2012
Sep. Incorporación de un registro de salud electrónico en un servicio de salud de visita. Implementación de una historia clínica electrónica a través de los servicios de salud comunitarios proporcionan una oportunidad ideal para que los visitantes de salud tomen iniciativa en la mejora del sistema para reflejar su registro en papel clínico. Preocupaciones de los practicantes, los temores y ansiedades en relación con la confidencialidad y la responsabilidad profesional dio lugar a que el proyecto se desarrolle para incluir el empleo de tiempo completo clínico TI facilitadores. Estos fueron los visitantes experimentados de la salud y de TI de Campeones con un conocimiento sólido de gestión de la información con la misión específica de brindar apoyo clínico y supervisión a los visitantes de la salud en el expediente clínico electrónico de mantenimiento. Estos profesionales fueron fundamentales en el desarrollo del sistema y demostró ser la clave para el éxito del proyecto y asegurar que el registro electrónico se ha incrustado en la práctica de salud visitando a mejorar la calidad de la atención al paciente.

IBARRA FERNÁNDEZ A.y García Sánchez M. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales Hospital Torre cárdenas. Almería

– España en el 2005. La conclusión es que el desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes. La eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales.

2.2. BASE TEÓRICA:

DEFINICIONES SOBRE CALIDAD

La definición que dio Juran de la calidad sugiere que se debe considerar desde una perspectiva interna y externa; es decir, la calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado la satisfacción del cliente; productos libres de las deficiencias, lo que evita la insatisfacción del cliente. Las recomendaciones de Juran se concentran en tres procesos de calidad principales, llamados **Trilogía de Calidad** (1) Planeación de la Calidad, el proceso de cumplimiento de los objetivos de calidad; (2)

Control de Calidad, el proceso de cumplimiento de los objetivos de calidad durante las operaciones y (3) Mejora de la Calidad, el proceso de alcanzar niveles de desempeño sin precedentes.⁶

Crosby sostiene que una vez que se especifican los requisitos, la calidad se juzga solo con base en si se cumplieron o no. Calidad significa conformidad con los requisitos, no elegancia.

En la literatura académica, la medición de la calidad del servicio ha suscitado algunas diferencias de criterio. La principal hace referencia a qué es lo que realmente se está midiendo. En general se encuentran tres tendencias de constructos que se usan para evaluar la calidad del servicio: calidad, satisfacción y valor.

La investigación en el área se ha centrado básicamente en calidad y satisfacción; el valor es el concepto con más bajo nivel de estudio hasta el momento. Grönroos (2001) reconoce que la línea que separa las evaluaciones de la calidad de las otras tendencias de evaluación de experiencias de servicio no está muy bien definida. Para los propósitos de este trabajo se tomará únicamente el concepto de calidad.

⁶ ADMINISTRACION Y CONTROL DE LA CALIDAD. EVANS James R. LINDSAY William M. 6^º Ed. 2007. Cap 3. P. 107

La Real Academia Española define **calidad** como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Esta definición establece dos elementos importantes en su estudio. Primero, la referencia a características o propiedades y, segundo, su bondad para valorar "algo" a través de ella.

Adicionalmente encontramos las siguientes definiciones:

- Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente (Deming, 1989).
- La palabra calidad tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos (Juran, 1990): 1) La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto. 2) Calidad consiste en libertad después de las deficiencias.
- De manera sintética, calidad significa calidad del producto. Más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad

de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc. (Ishikawa, 1986).

- “Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad” (Crosby, 1988).
- La calidad se refiere, no solo a productos o servicios terminados, sino también a la calidad de los procesos que se relacionan con dichos productos o servicios. La calidad pasa por todas las fases de la actividad de la empresa, es decir, por todos los procesos de desarrollo, diseño, producción, venta y mantenimiento de los productos o servicios (Imai, 1998, p. 10).
- “La calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar” (Drucker, 1990, p. 41).

Al revisar el concepto se encuentran enfoques que apuntan a diferenciar la calidad respecto de su perspectiva de análisis y los agentes implicados, luego se pueden inferir tres elementos de estudio: los agentes, las relaciones y el entorno.

En el concepto puro de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor.

Las actividades relacionadas con la calidad eran inicialmente reactivas y orientadas hacia la inspección y el control estadístico de calidad, enfoque que posteriormente establecerá la calidad objetiva. Según Vásquez et al. (1996), la calidad objetiva es una visión interna de la calidad, pues es vista desde un enfoque de producción. El objetivo básico de la calidad objetiva es la eficiencia y por ello se usa en actividades que permitan ser estandarizadas (control estadístico de la calidad). De igual forma, Vázquez et al. hablan de calidad subjetiva como una visión externa, en la medida en que dicha calidad se obtiene a través de la determinación y el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, dado que las actividades del servicio están altamente relacionadas con el contacto con los clientes.

En la literatura sobre la calidad del servicio, el concepto de calidad se refiere a la calidad percibida, es decir “al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (Zeithaml, 1988). En

términos de servicio significaría “un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988). En este sentido, la calidad percibida es subjetiva, supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos del producto y tiene una característica multidimensional.

Finalmente, la calidad percibida se valora (alta o baja) en el marco de una comparación, respecto de la excelencia o superioridad relativas de los bienes y/o servicios que el consumidor ve como sustitutos.

Estos son los argumentos de los principales exponentes del concepto de calidad percibida del servicio, para señalar que en un contexto de mercado de servicios, la calidad merece un tratamiento y una conceptualización distinta a la asignada a la calidad de los bienes tangibles.

A diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de indicadores tales como duración o número de defectos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir (Parasuraman et al., 1985). La propia intangibilidad de los servicios origina que éstos sean percibidos en gran medida de una forma subjetiva (Grönroos, 1984).

Dada esta diferenciación, Lewis y Booms (1983) fueron quizá los primeros en plantear el concepto de calidad del servicio como el ajuste del servicio entregado a los consumidores con sus expectativas. Grönroos (1984) y Parasuraman et al. (1985) toman este planteamiento basado en lo que se denomina el paradigma de la desconfirmación.

En su obra de 1998 Parasuraman et al. (1985) anotan el problema de la no existencia de medidas objetivas, por lo cual la percepción es la medida que más se ajusta al análisis. Las percepciones son las creencias que tienen los consumidores sobre el servicio recibido.

Otro planteamiento en la misma dirección es que la calidad de servicio percibida depende de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido (Grönroos, 1994). Según Rust y Oliver (1994), los juicios de satisfacción son el resultado de la diferencia percibida por el consumidor entre sus expectativas y la percepción del resultado.

El proceso de medición de la calidad del servicio implica que dadas sus características se establezcan diferentes dimensiones de evaluación que permitan un juicio global de ella. Estas dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos (Bou, 1997, p. 251).

El establecimiento de dimensiones o características diferenciadas ayuda a esquematizar y dividir el contenido del concepto o constructo de estudio. Algunas veces, dada la subjetividad inmersa en el concepto en estudio, estas dimensiones no son tan fácilmente observables por los sujetos, sino que son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que éstos perciben.

Al revisar la literatura académica se encuentran definiciones de calidad que implican una dependencia del nivel de atributos del producto, mientras que en la literatura de gestión es definida mediante dimensiones puntuales. Algunos autores hablan de dimensiones primarias: adecuación al uso y fiabilidad (Garvin, 1984; Juran, 1994). Con el fin de incorporar diferentes perspectivas, Garvin (1984) resalta ocho dimensiones de la calidad como un marco de referencia para el análisis de la planificación estratégica:

- Desempeño
- Características.
- Confiabilidad: Probabilidad de un mal funcionamiento.
- Apego: Habilidad de cumplir con las especificaciones.
- Durabilidad.
- Aspectos del servicio: Rapidez, cortesía, competencia.
- Facilidad de corregir problemas.

- Estética.
- Calidad percibida.

Aun cuando esta perspectiva es notoriamente sesgada hacia la calidad objetiva, Lovelock (1996, p. 464) afirma que tiene valor generalizable para los servicios, pero requiere un enfoque diferente para medir la calidad del servicio debido a su naturaleza distintiva.⁷

CALIDAD EN LOS SERVICIOS

Un servicio puede ser tan sencillo como responder a una queja o tan complejo como aprobar la hipoteca de una casa. El North American Industry Classification System (NAICS) describe a las organizaciones de servicio como aquellas que se dedican principalmente a prestar gran variedad de servicios a personas, negocios o dependencias de gobierno y otras organizaciones. Se incluyen los hoteles y otros lugares de alojamiento, establecimientos que ofrecen servicios personales de negocios de reparación y diversos los servicios de salud, jurídicos de ingeniería y otros servicios profesionales; las instituciones educativas, las organizaciones que ofrecen membresías y otros servicios diversos.⁸

⁷ Innovar vol.15 no.25 Bogotá Jan./Jun. 2005. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición.

⁸ ADMINISTRACION Y CONTROL DE LA CALIDAD. EVANS James R. LINDSAY William M. 6ª Ed. 2007. Cap 2. P. 58

MEJORA DE LA CALIDAD

La mejora de calidad también se conoce como mejora continua de calidad, gestión integral de calidad, mejora de rendimiento o mejora persistente de calidad. Según Shroeder es el compromiso y el enfoque aplicados de forma continua para mejorar cada proceso en cada parte de una organización, con la finalidad de alcanzar y superar las expectativas del consumidor y los resultados. A diferencia de la garantía de calidad, la mejora de calidad sigue a los cuidados del paciente en vez de una estructura organizada, se centra en el proceso en vez de en los individuos y emplea un enfoque sistemático con la intención de mejorar la calidad de los cuidados en vez de garantizar la calidad de los mismos. Se centra en identificar y corregir los problemas de un sistema, como la duplicación de los servicios en un hospital o la mejora de los servicios.

CONTROL SEMANTICO

Calidad de la atención o calidad asistencial: Actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

Dimensiones de calidad: Son los atributos o componentes de la calidad. Los que aparecen más frecuentemente en la literatura son: Eficiencia, efectividad, calidad científico - técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario.

Son muchas las dimensiones de la calidad que aparecen reflejados en la literatura, pero los que son de mayor utilidad en nuestro medio se refieren a:

1. Competencia y desempeño profesional.
2. Efectividad.
3. Eficiencia.
4. Accesibilidad.
5. Satisfacción.
6. Adecuación.
7. Continuidad.

Criterios de calidad: Característica observable que permite conceptualizar lo que significa una buena práctica. Pueden ser: Implícitos (los que reflejan lo que debía hacerse por un buen profesional en una situación determinada), y Explícitos (especifican en su enunciado las condiciones a seguir en una determinada situación,

y son resultado de un proceso de discusión y consenso entre los profesionales implicados).

Indicadores de calidad: Parámetro susceptible de evaluación, que puede identificar problemas y/o variaciones en los modelos de actuación en la práctica profesional.

Estándares de calidad: Margen tolerable de desviación respecto a la norma de un criterio. ⁹

2.2.1. EXPEDIENTE CLINICO LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD Norma Técnica, N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Lic. Alejandro Cano Mejía Huaraz – Perú

Es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

⁹Revista Cubana de Salud Pública. *Versión On-line* ISSN 0864-3466. vol.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 1996. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Dra. Leonor Jiménez Cangas,¹ Dra. Rosa María Báez Dueñas,² Dr. Benito Pérez Maza³ y Dra. Iliana Reyes Alvarez⁴.

Documento médico legal para comprobar la calidad de atención que los pacientes han recibido. Fuente de información con fines de investigación y docencia.

2.2.2. NORMAS PARA LA DOCUMENTACION Y REDACCIÓN DE INFORMES EFICACES:

- **Objetiva:** Debe tener información descriptiva y objetiva, sobre lo que se ve, oye, siente y huele. “Respiraciones 14 x’, regulares, con sonidos respiratorios limpios bilaterales” son datos objetivos obtenidos de la observación y determinación directas. Los datos subjetivos son percepciones del paciente sobre sus problemas de salud.
- **Exacta:** La información debe ser verdadera. No utilizar abreviaturas no aprobadas, puede dar lugar a interpretaciones erróneas. La utilización de determinaciones precisas asegura la exactitud como medio determinar si la situación de un paciente ha cambiado. Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación. Terminar todas las anotaciones en el registro de un paciente con la firma del cuidador, incluyendo nombre o primera inicial, apellido y título.

- **Completa:** Cuando los registros son incompletos se pone en peligro la comunicación y el personal de enfermería es incapaz de demostrar que se prestó un cuidado específico.
- **Concisa:** Los registros deben ser breves, evitar palabras innecesarias.
- **Actualizada:** Los datos deben informarse en el momento preciso de observarse. Ejm la variación de los signos vitales.
- **Organización:** Es importante informar siguiendo un formato u orden lógico.
- **Confidencialidad:** La enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros del personal no implicados en su atención.¹⁰

2.2.3. HISTORIA CLINICA:

Constituye un documento personal, confidencial, en el que se registra información de historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas de diagnóstico y tratamientos realizados; evolución de la enfermedad. En la historia clínica, también conocida como

¹⁰FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: TEORIA Y PRACTICA. POTTER – PERRY. 3° Edición. Editorial Harcourt – Brace. España – 1995. Pág. 185 – 187.

expediente clínico, constan datos e informes registrados por varios miembros del equipo de salud. Características:

- Dispone de un espacio superior para registrar nombre, numero de historia clínica.
- Es un documento legal con validez jurídica y la Institución es propietaria de la misma, sin embargo el paciente tiene derechos sobre la información contenida en ella y puede solicitar se le haga conocer (casos de tipo legal)
- Es un documento reservado por las características de su contenido y solo puede manejar el personal de salud.
- Es un medio de comunicación escrita que sirve para comprobar los diagnósticos, tratamientos, calidad de cuidados recibidos y las razones que fundamentan los cuidados.
- Es un instrumento progresivo y acumulativo con una información sistemática que permite adjuntar varios documentos en diferentes momentos que acude el paciente al servicio. (Ejemplo: resultados de exámenes de laboratorio, transferencias, informes, estadísticas, epidemiología)

- Es un instrumento informativo y de investigación, proporciona información útil para estudios como incidencia o prevalencia de patologías, análisis respectivos de cuidados, diagnósticos y tratamientos recibidos.
- Es un documento que sirve para educación del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas) y como instrumento de consulta, permite conocer terminología médica, naturaleza de la enfermedad, factores que influyen en la salud – enfermedad de cada persona.
- Avaliza el tratamiento administrativo y el proceso de atención cumplido por los profesionales de la salud y las responsabilidades éticas.

Existen normas para el manejo de la historia clínica, entre las que señalamos las siguientes:

- Anotar todos los datos de filiación del usuario y/o paciente, nombres y apellidos completos: N° de historia clínica, N° de cama o cuarto, Fecha actualizada.
- La historia clínicas debe de ser manejada prolijamente; nunca borrar, poner un tachón o tinta blanca ya que esto

anula la información, debe colocarse un paréntesis en el error y con el mismo esferográfico poner la firma responsable.

- Utilizar letra clara y poner firma de responsabilidad después de cada tratamiento, prescripción, actividad o informe ejecutados.
- Revisar la numeración entregada por el departamento de estadística y registrar en todas las hojas.
- Pegar todos los resultados de laboratorio, exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.
- Los estudiantes, familiares o personas ajenas al servicio deben solicitar autorización para la revisión de la historia clínica.
- Los reportes verbales deben ser consignados en las hojas de informes de enfermería.
- La enfermera utiliza las siguientes hojas de la historia clínica: hoja de signos vitales, hoja de evolución y prescripciones medicas, de registro de medicamentos (kardex), de exámenes de laboratorio, de ingesta y eliminación, hoja de curva de temperatura.

- La historia clínica dispone de hojas permanentes y no permanentes, las que se añaden según el servicio donde se atiende al paciente o donde se ha establecido el diagnóstico provisional o definitivo.¹¹

2.2.4. REGISTRO E INFORMES DE ENFERMERIA:

Los registros constituyen la forma de comunicación escrita de hechos sucedidos en un lugar y momento determinados, ubica a cada persona dentro de un contexto socio-económico, ambiental, laboral, educativo y cultural; esto permite mantener informado al personal de salud.

Un registro importante constituye los informes de enfermería, que son las anotaciones sobre la evolución y condición del paciente.

Un informe completo se los desarrolla conservando un orden cefalo-caudal; se anotan los problemas presentados por el paciente, medidas aplicadas y resultados obtenidos, así como pendientes, incluye información sobre presencia y permeabilidad de sondas, catéteres; condición de heridas y apósitos, vendajes.

¹¹FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: CONCEPTOS, PROCESOS Y PRACTICAS. KOZIER Barbara, GlenoraErb. Andre y Berman, Shirlee J. Snyder. 7ma. Edición. Vol I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España 2005.

Estos informes se los realiza generalmente al finalizar cada turno de trabajo y en el momento que se requiera de acuerdo con la condición del paciente.

Según normas de cada institución, se empleará por ejemplo el color de tinta azul o verde para informes realizados en el día y tinta roja para el turno de la noche.

Todo informe debe tener los siguientes elementos: Día, mes, año, hora, minutos; contenido del informe; firma y función de la persona que lo realizó. La forma correcta de firmar es poniendo la letra inicial mayúscula del nombre, el apellido completo y la función que desempeña en la institución.

2.2.5. CARACTERISTICAS DEL INFORME DE ENFERMERIA:

Utilizar las normas OPCCO que significa:

- **Objetivo:** Se elaborará en base a lo observado y ejecutado, tomando en cuenta reacciones física y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamientos y procedimientos realizados.
- **Preciso:** Explicar claramente la información que se quiere dar, descartar palabras vagas (tal vez, puede ser...).

- Claro: Utilizar letra clara, buena construcción gramatical, sin faltas de ortografía.
- Concreto: No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo.
- Organizado: Que registre los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en sentido cefalo – caudal, las respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta o se realiza el cuidado.¹²

Además de los informes de enfermería existen otros registros importantes en la historia clínica, tales como: Hoja de signos vitales, balance hídrico.

La enfermera además maneja otro tipo de registros que no son parte del expediente pero ayudan en su trabajo como: Censo diario de paciente, dietas, registros de cirugía, control de equipo y material, parte mensual del servicio, horario de personal.

¹²MANUAL DE LA ENFERMERIA: EnfermeríaBasica. MSC. ALMEIDA DE JARA, LIC. CASTRO DE YEPEZ, LIC. GUZMAN DE SUAREZ. EDICION MMV. Móstoles – Madrid. ESPAÑA. Pág. 46 .

2.2.6. ASPECTOS LEGALES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA:

- Siendo los registros o informes la mejor prueba de la calidad de atención, deben ser elaborados con claridad, para evitar una incorrecta interpretación, lo que puede perjudicar a la enfermera y aparecer como negligente.
- Es importante anticiparse a los efectos de los registros.
- Debe ajustarse a los hechos poniendo objetivamente lo que se oye, ve, siente y huele.
- Nunca escriba supuestos, si se dispone de datos subjetivos deben estar apoyados con documentos.¹³

Es importante señalar que cada estado tiene definida de forma legal la práctica de la enfermería en su ley de la práctica del profesional de enfermería. Una vez titulado, el profesional de enfermería tiene responsabilidad para la práctica de la enfermería dentro de la definición legal del estado. Por ejemplo, la práctica de la enfermería, tal y como se describe en la New Jersey Nurse PracticeAct (1993), está claramente definida en

¹³ Manual de la Enfermería. Enfermería Básica. Autoras: Msc. Elsa Almeida de Jara. Lic. Rosa de Yépez. Lic. Magdalena Guzmán de Suarez. Lic. Marina Mena de Rosas. Msc. Germania Sarzosa. Capítulo I. Pág. 44 - 47.

cuanto a los papeles independientes e interdependientes que desempeña. En ella se dice que: Función Independiente “La práctica de la enfermería se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas físicos o emocionales, reales o potenciales, a través de servicios como la búsqueda de casos, la educación para la salud, el consejo sanitario y la prestación de atención sanitaria para el mantenimiento o el restablecimiento de la vida y el bienestar. Función Interdependiente y la ejecución de los registros médicos según la prescripción de un médico u otro profesional con una autorización legal”

2.2.7. TEMAS LEGALES Y NORMAS DE PRÁCTICA:

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Es de especial interés para las enfermeras saber si la implicación legal en cuestión se puede deducir de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o las notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo que ha ocurrido y en qué

medida dejó de indicarse en el expediente que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería. Cuando el expediente no es indicio confiable del cuidado del paciente, es probable que si este último hace una demanda la gane.

Las enfermeras deben de familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros de la organización para las cuales trabaja, y asimismo, conocer las normas profesionales del Estado en el cual prestan sus servicios.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital; regulado por ley básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, aunque específicamente, la jurisprudencia no determina las

normas para estos registros, sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma.

Es decir, la administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión. La American Nurses Association (A.N.A.) define una norma como “afirmación competente” por la cual se puede juzgar la de la práctica, servicio e información. Una norma es una práctica generalmente aceptada que las enfermeras razonablemente prudentes, en las mismas circunstancias, llevarían a cabo. Las circunstancias podrían incluir recursos disponibles (equipo, nº de personal), preparación del personal, número de pacientes, gravedad de los mismos, número de casos y región geográfica (Northrop y Kelly, 1987).

En resumen, los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales autorizadas. Por desgracia, la mayoría de los hospitales y demás centros no han examinado seriamente lo que realmente hace falta en estos registros.

En caso de enfrentarse a un pleito los registros de enfermería tienen que representar lo que las enfermeras razonablemente prudentes anotan, debiendo demostrar, como hemos dicho, cumplimiento de la política del centro.

2.2.8. PROCESO DE ENFERMERIA:

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) Y

Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La American Nurses Association(ANA) utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.¹⁴

¹⁴PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Patricia W. Iyer, Barbara J. Taptich, DonnaBernocchi – Losey. 3° Edición. McGraw – Hill Interamericana. Pág. 9 – 11.

2.2.9. CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han creído que cuanta 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. Profesionalmente, el registro de enfermería tiene dos propósitos: administrativo y clínico. Los propósitos administrativos son:

- Definir el objetivo de enfermería para el cliente o grupo.
- 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.

DECIDIR QUÉ ANOTAR Y CÓMO:

Siempre que la información es lo suficientemente importante como para informar de ella, con toda probabilidad lo será también como para anotarla. De hecho, una regla de oro es anotar todo aquello de lo que se informa.

Cómo y qué anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.

Completar los datos de la valoración tan pronto como le sea posible. La tardanza en anotar los datos puede llevar a omisiones y errores que más tarde pueden ser interpretados

como de baja calidad. Si por alguna razón tiene que dejar la unidad antes de completar la valoración, asegúrese de anotar los datos más importantes. Así como no fiarse de la memoria y anotarlo en un pequeño cuaderno de bolsillo para transcribirlo a la historia en cuanto sea posible.

Usar tinta (pluma, bolígrafo, rotulador, etc.) y escribir con letra clara de imprenta, incluso cuando tenga prisa; Las notas son inútiles para los demás si no pueden descifrarlas y también serán inútiles para quien las escribe si cinco años después le piden en un juicio que explique lo que pasó ese día. Las anotaciones descuidadas o ilegibles también pueden actuar en su contra en un juicio, ya que el tribunal puede interpretar las anotaciones poco cuidadosas como un indicio de cuidados negligentes.

Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan inducir a error. Un ejemplo puede ser cuando ponemos como diagnóstico médico I.R; pudiendo ser interpretado como insuficiencia renal o insuficiencia respiratoria.

No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. Si se comete un error corregirlo sin tapan las palabras originales, en vez de ello, trazar una línea tachando las palabras, ponerlo entre paréntesis y escribir “error” y poner las iniciales. No alterar nunca un registro sin seguir este procedimiento, podría implicar un intento de encubrir unos hechos, lo que se considera mala práctica profesional.

No dejar líneas en blanco ni escribir entre líneas. Trazar una raya en los espacios en blanco y si hay que anotar algo que se ha olvidado hacerlo en el momento en que se recuerde anteponiendo la frase “anotación tardía”, seguida del día y la hora en que se hace la entrada. Ej.: 17-10-2002. 15.00. entrada tardía: el paciente vomita tras la comida, notificado al Dr. XXXX . B. Ibarra, Enfermera.

Anotar de forma objetiva, sin emitir juicios de valor. Escribir los datos subjetivos usando citas directas.

Ej: correcto: dice: “no voy a la iglesia”,

Incorrecto: no es religiosa

Evitar los términos con una connotación negativa. Por ejemplo: borracho, desagradable. Ante un tribunal pueden transmitir una actitud negativa por parte del personal.

Mantener la confidencialidad de la información. Junto con la inexactitud o la falta de registro de la información es una de las razones más comunes de los juicios por mala práctica.

Ser breve. Anotar los hechos y especificar sobre el problema en cuestión.

Correcto: disminución de los ruidos respiratorios en la base izquierda. Se queja de dolor punzante en la base izquierda al inspirar. Respiraciones 32, Pulso 110, P.A. 130/90 mmHg.

Incorrecto: Parece tener problemas para respirar. También se queja de dolor torácico.

Si el paciente prefiere no responder a una pregunta, escribir "no desea responder". Se obtiene una información de las personas significativas, que cree que debería anotar, escribir el nombre y la relación de esa persona con el paciente. Ej.: La esposa dice que es alérgico a la morfina.

Si hace una afirmación, acompañarla de la evidencia. Ej.: parece deprimido. Cuando le pregunto dice que "se encuentra bien" y que

“no está triste” pero contesta con monosílabos, tiene la mirada baja y dice que “no tiene ganas de hablar con nadie”.

Anotar las acciones más relevantes por ej: administración de medicación inmediatamente, para cerciorarse de que los demás saben que la acción se ha realizado.

Escribir siempre las variaciones de la norma. Y cualquier acción emprendida en relación con ellas: Ej. Si se ha informado de una anomalía o se ha intervenido de alguna manera.

Centrarse en los problemas o acontecimientos significativos que transmitan lo que es distinto en la persona en el día de hoy. Ej. No escriba “pasea por el pasillo con muletas” a menos que eso sea inusual.

Ceñirse a los hechos. Evitar juicios de valor:

Correcto: grita “harían mejor todos en mantenerse lejos de mí, es probable que le tire algo a alguien”

Incorrecto: enfadado y agresivo.

Ser específica, no usar términos vagos.

Correcto: el apósito abdominal tiene una mancha de 15 cm. de diámetro de color rojo rosado intenso.

Incorrecto: se nota una cantidad moderada de drenaje en el apósito abdominal.

Anotar los fallos o negativas a seguir el tratamiento prescrito así como las acciones emprendidas. Ej.: Se niega asistir a educación sobre diabetes, dice "no me entero de nada". Notificado al Dr. Fernández y a María Huerta, TPM de la consulta de Endocrinología.

Ser precisa. Sus notas deben proporcionar la descripción y la secuencia temporal de los acontecimientos respondiendo a las preguntas "¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?".

Firmar correctamente, usando la inicial de su nombre, su apellido y las credenciales después de cada entrada. Ej.: I. González, Enfermera.

Usar una regla normotécnica para organizar los registros.

VIRA, valoración, intervención, respuesta, acción.

DAR, datos, acción, respuesta.

DIE, datos, intervención, evaluación.

PIE, problemas, intervención, evaluación.

Otros.

No queremos terminar sin hacer una breve mención sobre el informe oral de cambio de turno, cuyo objetivo global debe ser

proporcionar información exacta, objetiva y organizada, analizando lo que se dice y cómo se dice, lo cual marcará una gran diferencia en la calidad de los cuidados del paciente. La información oral al igual que la escrita debe contener sobre todo las novedades en la evolución del paciente.

Debiendo tener muy presente que el emitir un juicio negativo sobre un paciente puede predisponer a modificar la actitud del resto del personal.

Correcto: la Sra. Pérez refiere dolor, durante la mañana ha estado en la sala de estar.

Incorrecto: la Sra. Pérez se ha quejado constantemente de dolor, aunque no se qué dolor tendrá cuando se ha pasado la mañana en la sala de estar.

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes. La eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia.

Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales.¹⁵

2.2.10. NOTAS DE ENFERMERÍA:

Notas de ingreso, se anota la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente. Funciones Vitales. Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse en forma descriptiva, utilizando el método científico para resolver problemas, para ello emplear las siguientes normas técnicas: S.O.A.P.I.E. S= Datos subjetivos (síntomas que refiere el paciente) O= Datos objetivos (signos que la enfermera observa) A= Conclusión diagnóstica P= Plan cuidados I= Intervención de enfermería. E= Evaluación eficacia de intervención. Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras. Todas las anotaciones deben tener la fecha,

¹⁵ Guía paso a paso. Ed. Masson. 4ª Ed Alfaro, Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Ed Interamericana. McGraw-Hill. Luis Rodrigo. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Ed. Masson. Barcelona 1998. B.O.E. nº 274 del 15 de Noviembre del 2002. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>

la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma

SOAPIE Datos subjetivos “S”: comprenden los Sentimientos, la sintomatología y las preocupaciones del cliente a un resumen de la conversación mantenida con el usuario. Datos Objetivos “O”: Son los hallazgos obtenidos del examen físico. Éstos datos provienen de la observación, valoración y entrevista mantenidos con el usuario y familia u otro miembro del equipo de salud, estos datos constituyen las características que definen el diagnóstico de enfermería. Valoración “A”: Incluye la interpretación que hace la enfermera de los datos subjetivos y objetivos. Algunas enfermeras incluyen el diagnóstico de enfermería en esta parte de las notas. Plan “P”: Comprende las medidas necesarias para ayudar al cliente a resolver el problema. Intervención “I”. Son las intervenciones llevadas a cabo para mitigar el problema. Comprobación “E”: Se utiliza para evaluar la eficacia de las Intervenciones de enfermería a la hora de alcanzar los resultados

El ministerio de salud 2001 reconoce el SOAPIE como la forma de registro enfermería.

Modelo de Notas de Enfermería según SOAPIE

FECHA: _____ HORA _____

NOTA: _____

Responsable _____

Firma _____ CEP _____

S : Tengo mucho calor, destápeme un poco y écheme agua a los pies"

O :Temperatura 38.5C , se observa a la paciente con intensa diaforesis, incómoda, piel caliente al tacto

A :El calor que manifiesta la paciente está relacionado al aumento de temperatura.

P : Valorar la temperatura cada 2 horas Aplicar medios físicos (pañitos de agua tibia). Administrar Metamizol 1gr. IM. Incrementar ingesta de líquidos V.O. Brindar comodidad y confort (cabecera en ángulo de 90°, disminución de cobertores, baño de esponja). Indicado por medico de turno.

I : Se ejecuta todos las acciones anteriores, queda pendiente informar al médico.

E : La respuesta observada en el paciente es una disminución de la temperatura. Se le continúa controlando.

Se anotará la firma y el número de Colegio de Enfermeras (os).

NORMAS PARA LA REDACCIÓN DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

Notas de ingreso, se anota la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente. Funciones Vitales. Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse en forma descriptiva, utilizando el método científico para resolver problemas, para ello emplear las siguientes normas técnicas: S.O.A.P.I.E. Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche con lapicero azul o negro para la mañana y tarde y roja para los turnos de noche. El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras. No borrar ni utilizar liquido corrector, ni tachar los errores cometidos al realizar el registro.

Las anotaciones de enfermería se pueden hacer en diferentes tipos estructurados: Método SOAPIE, explicado anteriormente. Notas Narrativas (PIE): incluyen P= el problema, I= Intervención, E= evaluación

2.2.11. HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS O KARDEX:

Nombre del medicamento, dosis y vía de administración del medicamento. Nombre y apellido del paciente, N° de Historia Clínica Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó. Las horas diarias en que se administra. Además el plan de cuidado para el paciente. Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura. Datos de identificación del paciente, Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso. Firma del paciente o su representante legal, Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización

2.2.12. HOJA DE BALANCE HÍDRICO:

Fecha, Peso Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.¹⁶

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Historia Clínica.-** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- **Notas de enfermería.-** 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.

¹⁶ FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: CONCEPTOS, PROCESO Y PRACTICA. KOZIER Barbara, GlenoraErb. Andre y Berman, Shirlee J. Snyder. 7ma. Edición. Vol I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España 2005.

- **Unidad de cuidados intensivos.**-Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros
- **Calidad.**-Es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.
- **Cuidados de Enfermería.**- Es un servicio que la enfermera ofrece a las personas desde el nacimiento hasta la muerte durante los periodos de salud y enfermedad para satisfacer sus necesidades relacionadas con las vivencias o experiencias de su salud a fin de lograr su independencia total para promover su salud, (Cruz Carmen, 2005).

El cuidado de enfermería debe concebirse de la siguiente manera:

- a) Cuidado como trato humano al que se le incorporan conocimientos y habilidades para llegar a profesionalizarse.
- b) Cuidado como imperativo moral, es decir compromiso personal de mantener la dignidad e integridad de las personas.
- c) Cuidado como afecto, es decir implicación emocional, empatía, intimidad, que desarrolla la enfermera en la relación con sus pacientes.
- d) Cuidado como atención biológica, búsqueda de resultados fisiológicos como indicadores de cuidados.
- e) Cuidado como acción terapéutica, en la que el paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo de cuidado que precisa y la enfermera ofrece acciones encaminadas a satisfacer dichas necesidades.¹⁷

Como cuidadora la enfermera debe reunir lo siguiente:

Características personales y profesionales:

- Sistema de creencias, valores y e ideologías.
- Actitud hacia la vida.
- Actitud hacia su persona (identidad personal).
- Actitud hacia su papel profesional (identidad profesional).

¹⁷ EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA: TEORÍA Y PRÁCTICA. LIC. TIPACTI SOTOMAYOR ELIDE, TACNA – PERÚ. 2005. Pág. 22

Habilidades:

- Interacción enfermera – usuario denominada Tecnología Blanda.
- Conocimientos propios de la profesión denominada Tecnología Semi Blanda.
- Utilizar instrumentos sencillos y complejos denominada Tecnología Dura.

Competencia Técnica:

- Trabajo en equipo.
-
- **Registro de Enfermería.-** Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica en los cuales se registran cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el personal de enfermería brinda, a los sujetos de cuidado a la persona, a la familia y la comunidad.
 - **PAE (proceso de atención de enfermería).-** Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería,

compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

- **SOAPIE.-** Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.
- **Confiabilidad.** El término confiabilidad es usado generalmente para expresar un cierto grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico durante un cierto período.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Interesa sobremanera abordar este problema 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. Realice una investigación de campo y extraeremos 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:

3.2.1. Población:

La población estuvo conformada por las Historias Clínicas exclusivamente las anotaciones de enfermería realizadas a los

pacientes hospitalizados durante los 3 turnos en la unidad de Cuidados Intensivos del primer semestre del año 2011.

En este caso nos basamos en el dato oficial que nos indica que la cantidad de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos es de 64 por lo tanto tenemos una población de 64 historias clínicas.

3.2.2. Muestra:

Dado que se trata de un número manejable, nuestro número total de historias clínicas es de 64. Por lo tanto no se trabajó con la muestra, se consideró a toda la población es decir con el universo. (ANEXO 03)

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todas las historias clínicas correspondientes al primer semestre 2011.
- Todo profesional de enfermera que labora en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Moquegua.

3.4. INSTRUMENTO:

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. El instrumento fue elaborado por la autora en base al marco teórico y fue validado por enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital de Essalud Moquegua las que aprobaron dicho instrumento para ser aplicado.

3.5. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS VALIDEZ:

Validez externa: El instrumento que midió la calidad de las notas de enfermería fue validado por juicio de expertos de profesionales de salud, que tienen conocimiento sobre el tema de esta investigación y emitieron juicios que contribuyó a modificar la redacción del texto para que sea comprensible en su ejecución. (Ver anexo N° 01)

Validez Interna: Se realizó una prueba piloto a una población con características similares a la del estudio y se aplicó la fórmula de R

Pearson en cada uno de los ítems. Se obtuvo un $r > 0.20$, lo cual indica que el instrumento es válido.

Confiabilidad:

La confiabilidad fue evaluada mediante el método de Alfa de Cronbach utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20, obteniéndose una confiabilidad de 89.6% indicando que el instrumento es muy confiable con respecto a 37 preguntas del instrumento. (Anexo N° 2)

3.6.PROCEDIMIENTO RECOLECCIÓN DE DATOS:

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

- Se solicitó permiso al director del Hospital II-2 HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA, con la finalidad de solicitarle su aceptación para la realización de dicho proyecto.
- Confirmada la aceptación por parte del director, se coordinó con el servicio de admisión para la aplicación del instrumento.
- La observación y llenado de la lista de cotejo se hizo previa coordinación y de acuerdo a los turnos programados del personal de admisión, los cuales nos dieron acceso a cada historia clínica.

3.7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA:

Definición conceptual:

Son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería aplicando el Proceso de Atención de Enfermería brindada a la persona, durante las veinticuatro horas del día.

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

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN CUANTO A SU DIMENSION ESTRUCTURA

Definición conceptual:

Es el cumplimiento de requisitos al momento de realizar las anotaciones de enfermería en cada turno. La escritura de las notas debe ser continua, significativa, con letra legible, redacción comprensible, ser clara y concisa, sin tachas, ni errores ortográficos y considerar fecha - hora.

Definición operacional:

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

Buena: si registra (ítem 1 al ítem 24) = 20

Regular: si registra (ítem 1, 4, 5, 8, 12, 16, 17, 18, 20) = 16

Mala: si no registra (ítem 1, 2, 4, 5, 8, 12, 16, 17, 18, 20) = <16

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN CUANTO A SU DIMENSION CONTENIDO

Definición conceptual:

Es el cumplimiento de requisitos de datos que considere la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, el

método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) el cual considera aspectos de valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación.

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 contenido (PAE) = 20

Regular: si registra (ítem 1, 2, 5, 7, 8, 11, 13, 14) = 16

Mala: si no registra(ítem 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14) = <16

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

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
		COMPRENSIBLE	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 (PAE)	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

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

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

A continuación presentamos los resultados de nuestra investigación y que está compuesta por los datos obtenidos a través de las treinta y siete preguntas contestadas según las notas de enfermería de las historias clínicas correspondientes al I semestre del 2011; ahora bien, antes de proceder a analizar los datos recogidos queremos revelar algunas características de nuestra muestra de modo que pueda hacerse evidente que se trata no solo de una investigación científica e imparcial sino que los datos recogidos son bastante fiables, lo cual puede en efecto deducirse de los datos básicos obtenidos al inicio de la guía y que pueden resumirse en los siguientes cuadros.

3.8.1. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Para la validez además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems. (Anexo N°03)

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

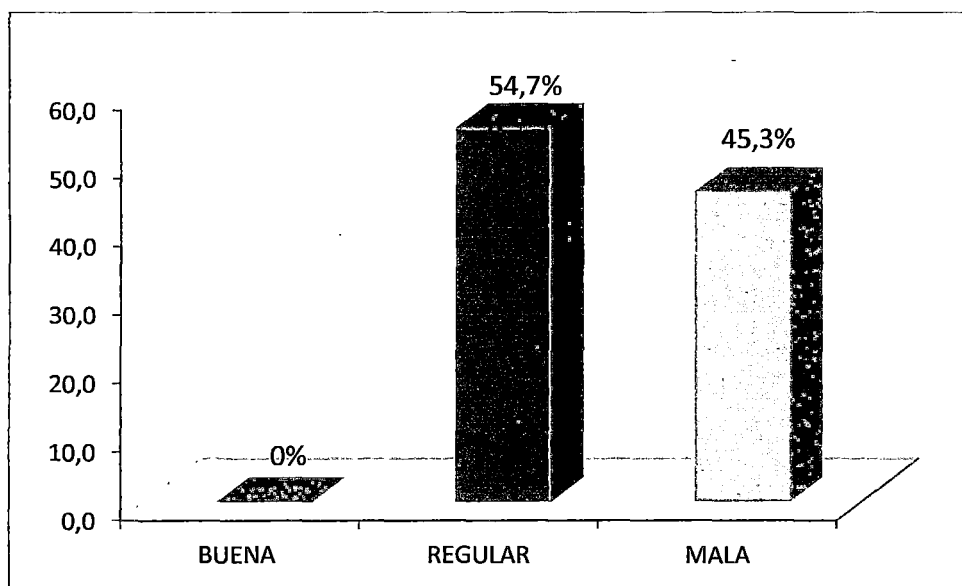
**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
MOQUEGUA I SEMESTRE 2011**

CALIDAD	N	%
BUENA	0	0.0
REGULAR	35	54,7
MALA	29	45.3
TOTAL	64	100

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En la Tabla N°01, podemos observar que el 54,7% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una regular calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 45,3% con una mala calidad y 0% tienen buena calidad.

GRAFICO N° 01
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
MOQUEGUA I SEMESTRE 2011



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 02

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA I SEMESTRE 2011**

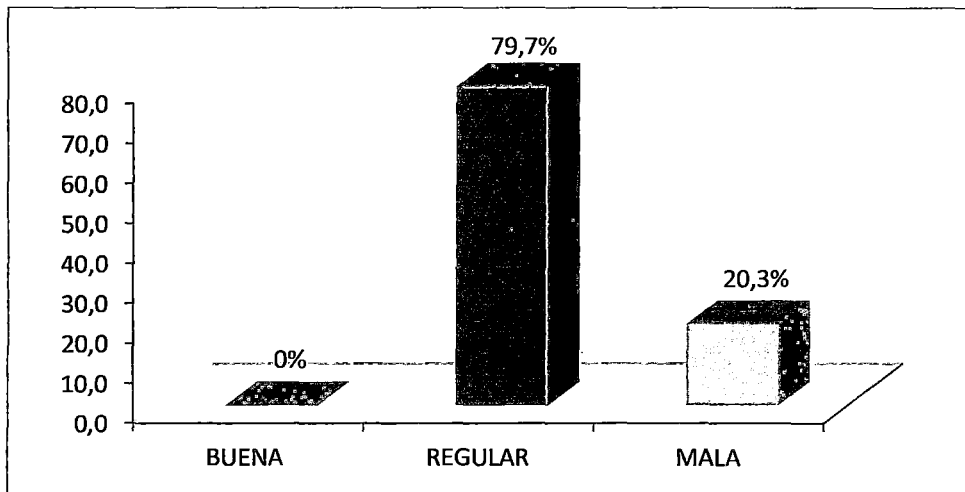
CALIDAD	N	%
BUENA	0	0,0
REGULAR	51	79,7
MALA	13	20,3
TOTAL	64	100,0

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

La Tabla N° 02, reporta que el 79,7% de los Profesionales de Enfermería hospitalaria de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una regular calidad de las Notas de Enfermería según su dimensión estructura y el 20.3% tiene una mala calidad de las Notas de Enfermería.

GRAFICO N° 02

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA I SEMESTRE 2011



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA 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 REGIONAL DE MOQUEGUA I SEMESTRE 2011

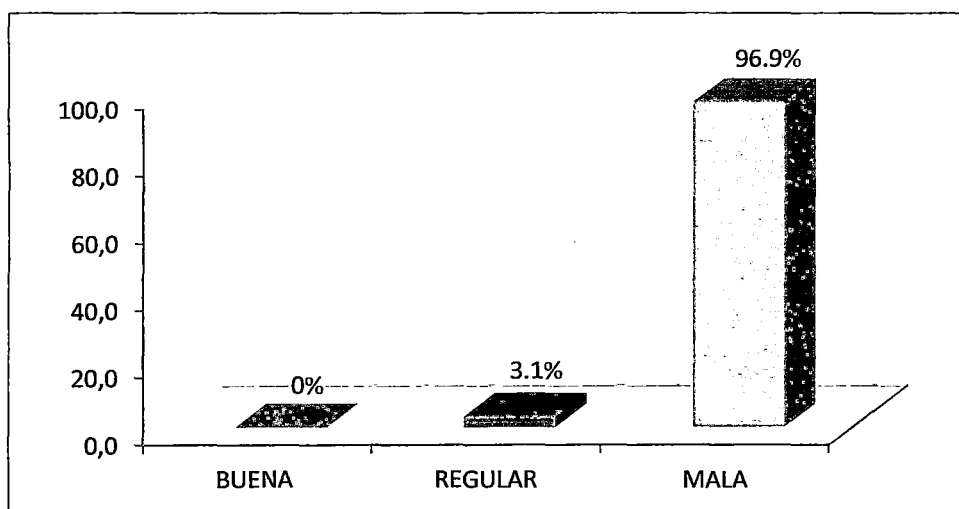
CALIDAD	N	%
BUENA	0	0,0
REGULAR	2	3,1
MALA	62	96,9
TOTAL	64	100,0

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Según la Tabla N° 03 se observa que el 96,9% de los Profesionales de Enfermería hospitalaria tienen una mala calidad, es decir las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos no consideran la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), sin embargo se encontró solamente un 3,1% con una regular calidad de las Notas de Enfermería.

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 REGIONAL DE MOQUEGUA I SEMESTRE 2011



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 04
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA SIGNIFICATIVA

SIGNIFICATIVA	SI	%	NO	%
Considera balance hídrico	63	98%	1	2%
Realiza el plan de cuidados	22	34%	42	66%
Realiza la evaluación del plan de cuidados	21	33%	43	67%
No deja líneas en blanco	3	5%	61	95%
Anota los Signos y síntomas del paciente.	62	97%	2	3%
Coloca las cifras de las funciones vitales.	63	98%	1	2%
Informa sobre el tratamiento administrado.	63	98%	1	2%
Menciona procedimientos especiales realizados al paciente	63	98%	1	2%

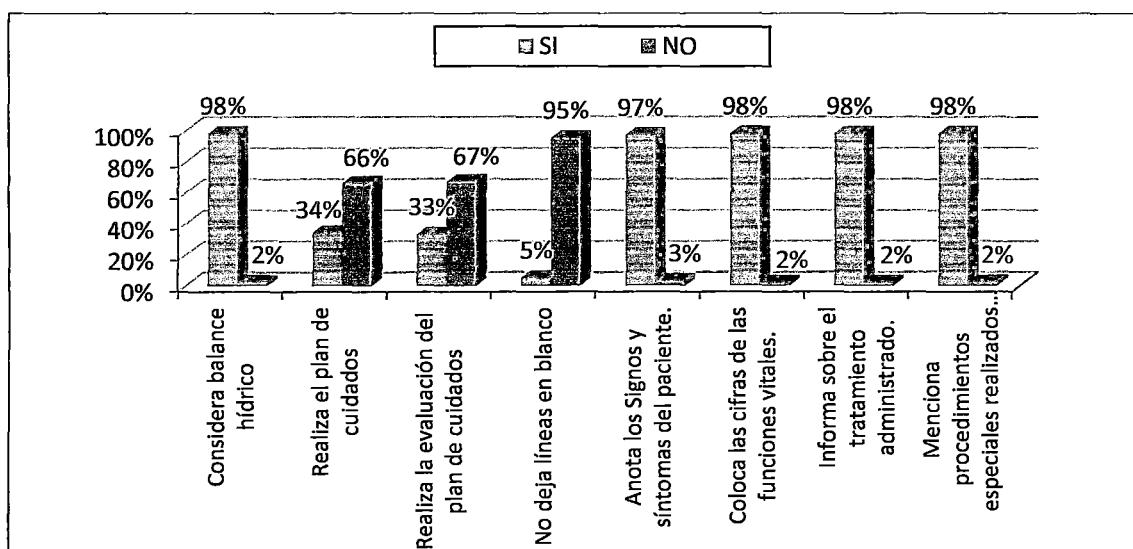
FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En la Tabla se evidencia que las Notas de Enfermería de las 64 Historias Clínicas observadas para la presente investigación según la característica significativa, donde se evalúa principalmente los hechos trascendentales del estado del paciente observamos que más del 97% de las anotaciones consideran balance hídrico, signos y síntomas, cifras de funciones vitales, tratamiento administrado, procedimientos especiales y el 95% no presentan líneas en blanco.

Se verificó que un promedio aproximado del 67% de las anotaciones no considera Plan de Cuidados y Evaluación del Plan de Cuidados.

GRAFICO N° 04

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA SIGNIFICANCIA**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 05

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA PRECISA**

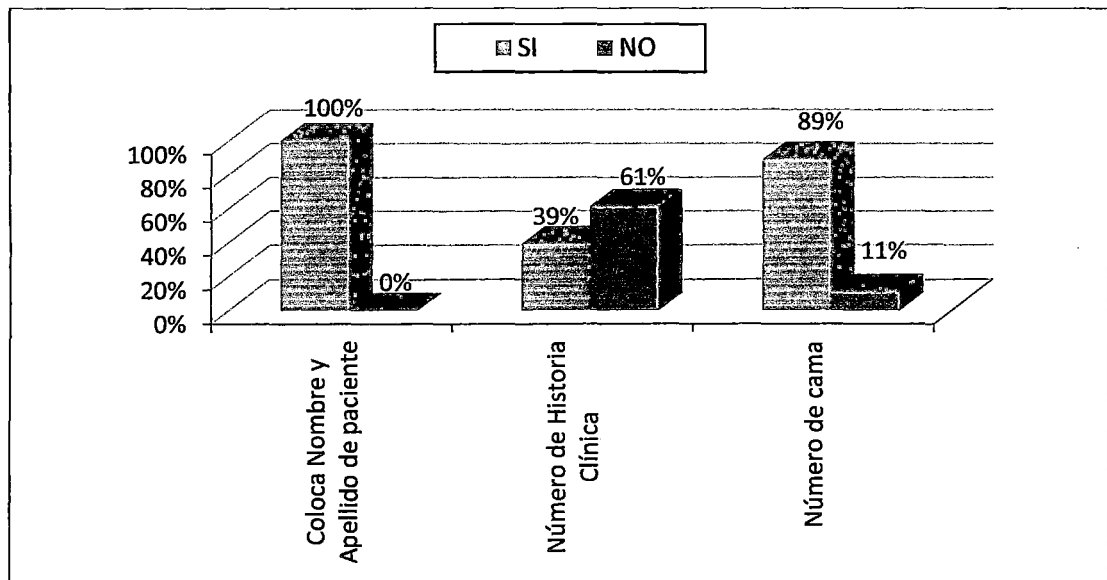
PRESICION	SI	%	NO	%
Coloca Nombre y Apellido de paciente	64	100%	0	0%
Número de Historia Clínica	25	39%	39	61%
Número de cama	57	89%	7	11%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En la Tabla N° 05 observamos que las Notas de Enfermería de las 64 Historias Clínicas consideradas con respecto a la característica precisa, el 100% considera nombre y apellido del paciente, el 89% el número de cama y solo el 39% número de Historia Clínica ante un 61% que no presenta número de Historia Clínica.

GRAFICO N° 05

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA SEGÚN LA CARACTERISTICA PRECISION



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 06

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA FECHA Y HORA**

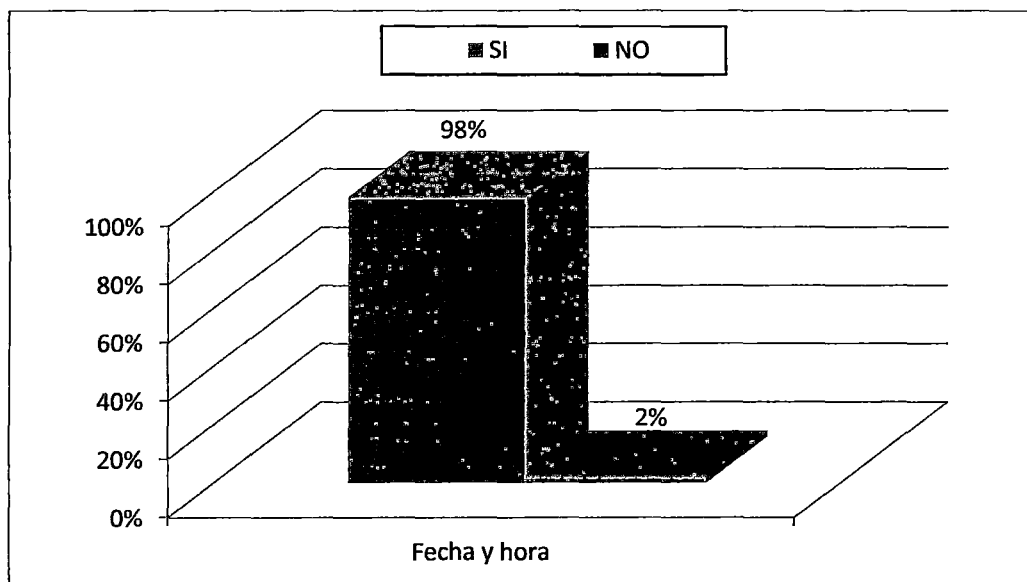
FECHA Y HORA	SI	%	NO	%
Fecha y hora	63	98%	1	2%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Podemos observar que el 98% de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos consideran fecha - hora y el 2% no considera dichos datos de fecha - hora.

GRAFICO N° 06

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA FECHA Y HORA**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 07

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA COMPRENSIBLE**

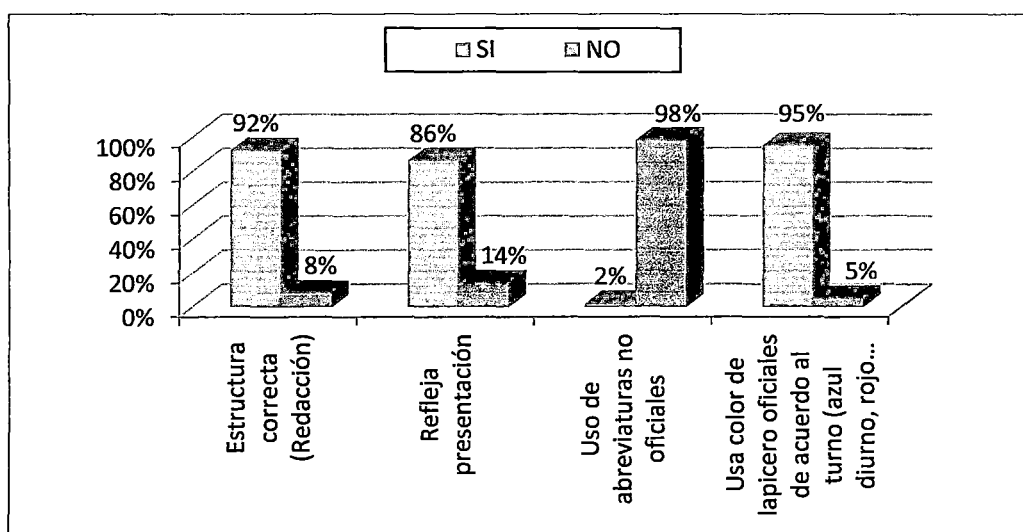
COMPRENSIBLE	SI	%	NO	%
Estructura correcta (Redacción)	59	92%	5	8%
Refleja presentación	55	86%	9	14%
Uso de abreviaturas no oficiales	1	2%	63	98%
Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul=diurno, rojo=noche)	61	95%	3	5%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua, más del 90% de las Notas de Enfermería de las 64 Historias Clínicas tienen estructura correcta (redacción), usan color de lapicero oficial de acuerdo al turno y no consideran abreviaturas no oficiales. De igual forma el 86% de las anotaciones reflejan presentación.

GRAFICO N° 07

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA COMPRENSIBLE**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 08

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA CONTINUA**

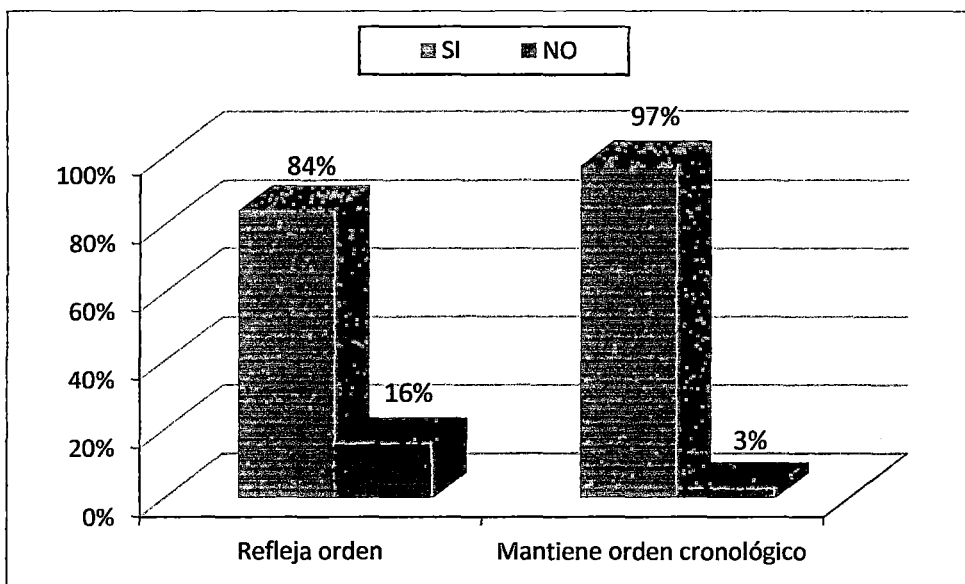
CONTINUA	SI	%	NO	%
Refleja orden	64	84%	10	16%
Mantiene orden cronológico	62	97%	2	3%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En el Hospital Regional de Moquegua en la Unidad de Cuidados Intensivos se observa que de las 64 Historias Clínicas consideradas para la investigación el 97% de las Notas de Enfermería mantienen orden cronológico ante un 3% que no mantiene orden, del mismo modo el 84% refleja orden ante un 16% que no refleja orden.

GRAFICO N° 08

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
SEGÚN LA CARACTERISTICA CONTINUA**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 09

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA NO PRESENCIA DE ERRORES**

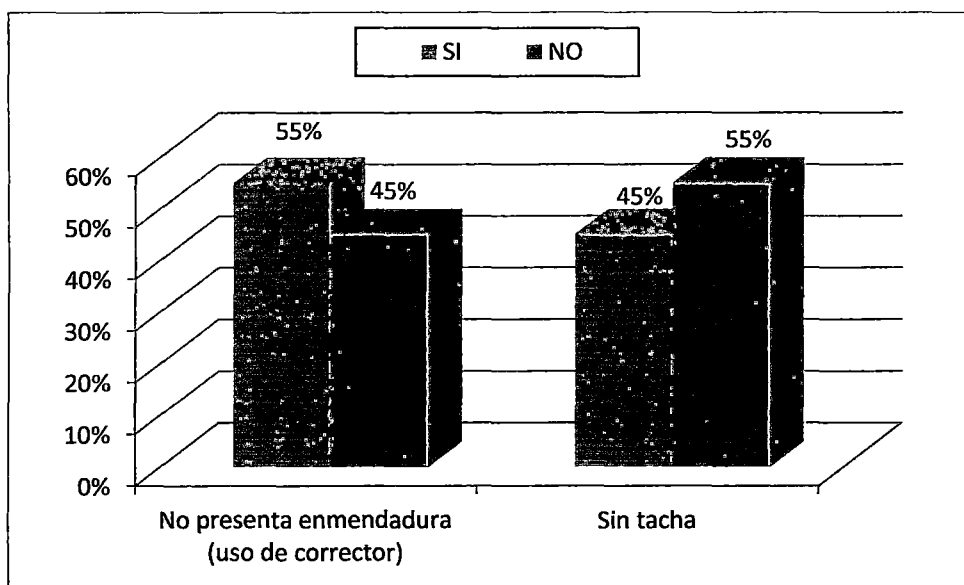
LIBRE DE ERRORES	SI	%	NO	%
No presenta enmendadura (uso de corrector)	35	55%	29	45%
Sin tacha	29	45%	35	55%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Se observa que las Notas de Enfermería evaluadas en las 64 Historias Clínicas el 55% presentan enmendadura ante un 45% que no presentan enmendadura. Es importante resaltar que el 55% no presenta tacha, comparativamente con el 45% que si presenta tacha.

GRAFICO N° 09

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA NO PRESENCIA DE ERRORES**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 10

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA CARACTERISTICA LEGIBLE**

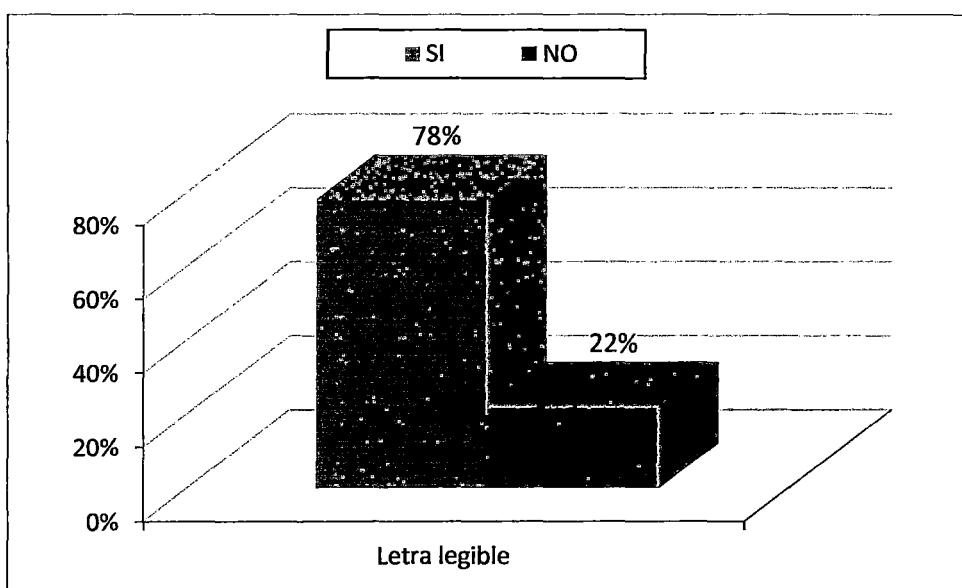
LEGIBLE	SI	%	NO	%
Letra legible	50	78%	14	22%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Con respecto a la característica legible se verificó que el 78% de las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos presentan letra legible y solo el 22% no presentan letra legible.

GRAFICO N° 10

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A LA CARACTERISTICA LEGIBLE**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 11

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA
CON RESPECTO A FIRMA Y SELLO**

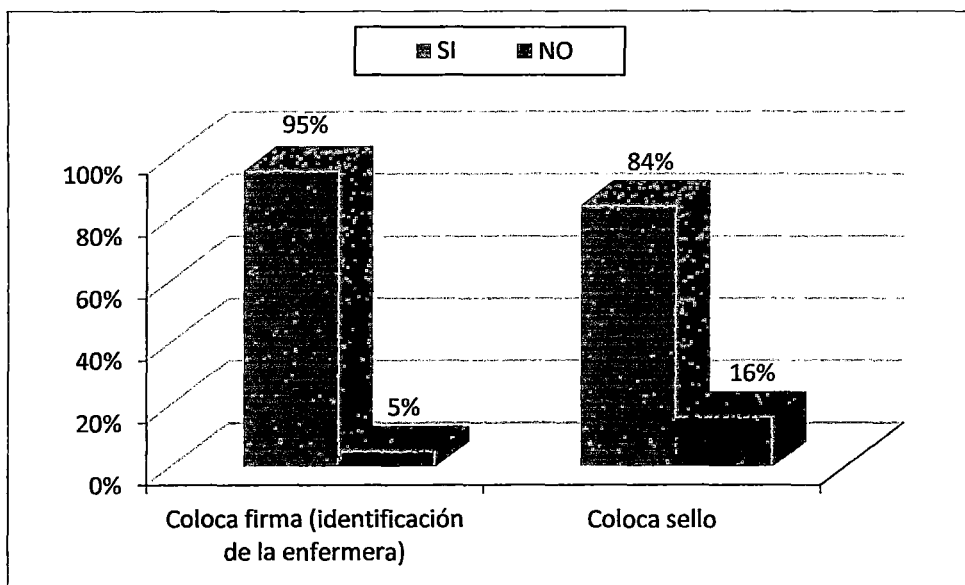
FIRMA Y SELLO	SI	%	NO	%
Coloca firma (identificación de la enfermera)	61	95%	3	5%
Coloca sello	54	84%	10	16%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua el 95% de las Notas de Enfermería presentan firma de identificación de la enfermera ante un 5% que no presentan, se observa que el 84% tienen sello y el 16% de Historias Clínicas no presenta sello.

GRAFICO N° 11

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU ESTRUCTURA CON RESPECTO A FIRMA Y SELLO



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 12

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO
SEGÚN SU CARACTERISTICA VALORACION**

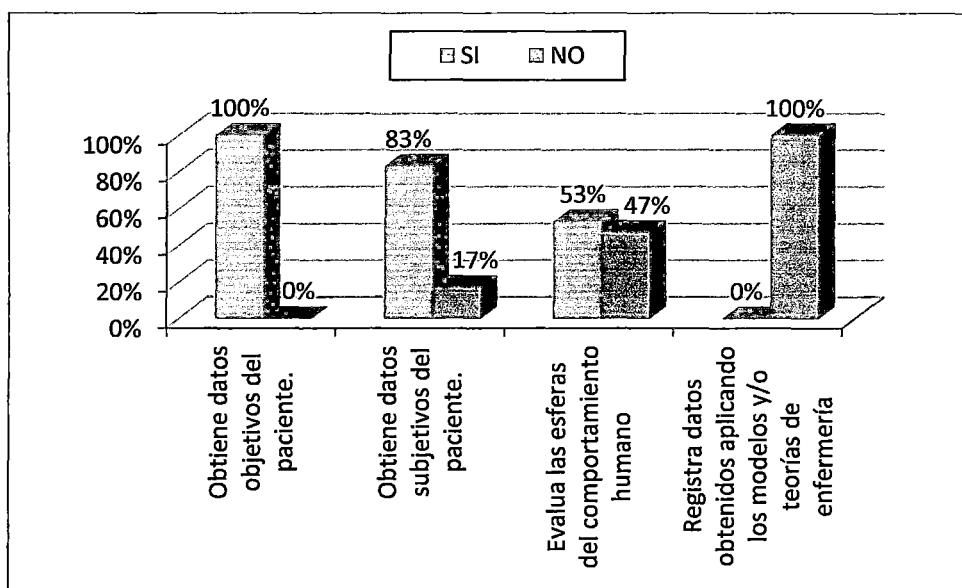
VALORACION	SI	%	NO	%
Obtiene datos objetivos del paciente.	64	100%	0	0%
Obtiene datos subjetivos del paciente.	53	83%	11	17%
Evalúa las esferas del comportamiento humano	34	53%	30	47%
Registra datos obtenidos aplicando los modelos y/o teorías de enfermería	0	0%	64	100%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Se evidencia que el 100% de las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos consideran datos objetivos del paciente, el 83% datos subjetivos del paciente y el 53% considera evaluación de esferas del comportamiento humano. Sin embargo el 100% de las Notas de Enfermería no registran datos obtenidos aplicando los Modelos y/o Teorías de Enfermería.

GRAFICO N° 12

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO
SEGÚN SU CARACTERISTICA VALORACION**



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 13

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO
SEGÚN SU CARACTERISTICA DIAGNOSTICO**

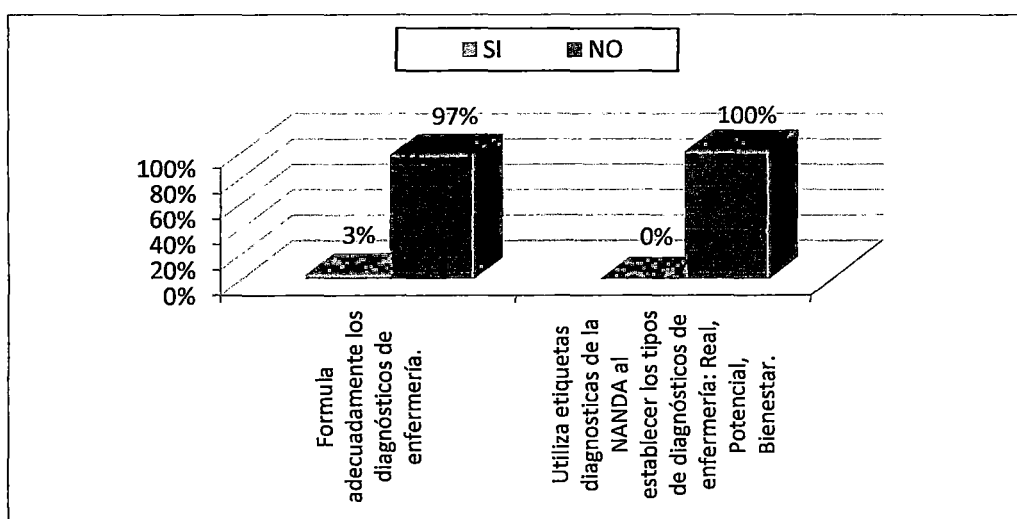
DIAGNOSTICO	SI	%	NO	%
Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.	2	3%	62	97%
Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, Potencial, Bienestar.	0	0%	64	100%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Como se observa en la tabla el 97% de las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos los Diagnósticos de Enfermería no se formulan adecuadamente y en el 100% de las anotaciones de las 64 Historias Clínicas consideradas para la investigación no presentan etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de Diagnósticos de Enfermería: real, potencial y bienestar.

GRAFICO N° 13

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO SEGÚN SU CARACTERISTICA DIAGNOSTICO



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 14

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO
SEGÚN SU CARACTERISTICA PLANEAMIENTO**

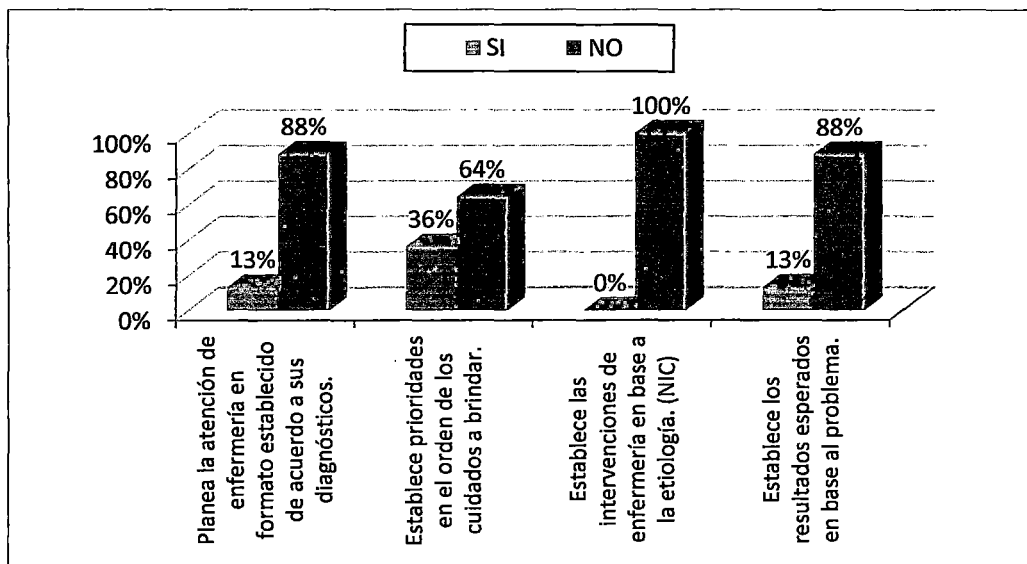
PLANEAMIENTO	SI	%	NO	%
Planea la atención de enfermería en formato establecido De acuerdo a sus diagnósticos.	8	13%	56	88%
Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar.	23	36%	41	64%
Establece las intervenciones de enfermería en base a la Etiología. (NIC)	0	0%	64	100%
Establece los resultados esperados en base al problema.	8	13%	56	88%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Se observa que el 88% de las Notas de Enfermería no presenta planeamiento en el formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos, 64% no establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar ante un considerable 33% que si establece, el 100% no establece las Intervenciones de Enfermería en base a la etiología (NIC), y del mismo modo el 88% no establece los Resultados Esperados en base al problema.

GRAFICO N° 14

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO SEGÚN SU CARACTERISTICA PLANEAMIENTO



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 15

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO
SEGÚN SU CARACTERISTICA EJECUCIÓN**

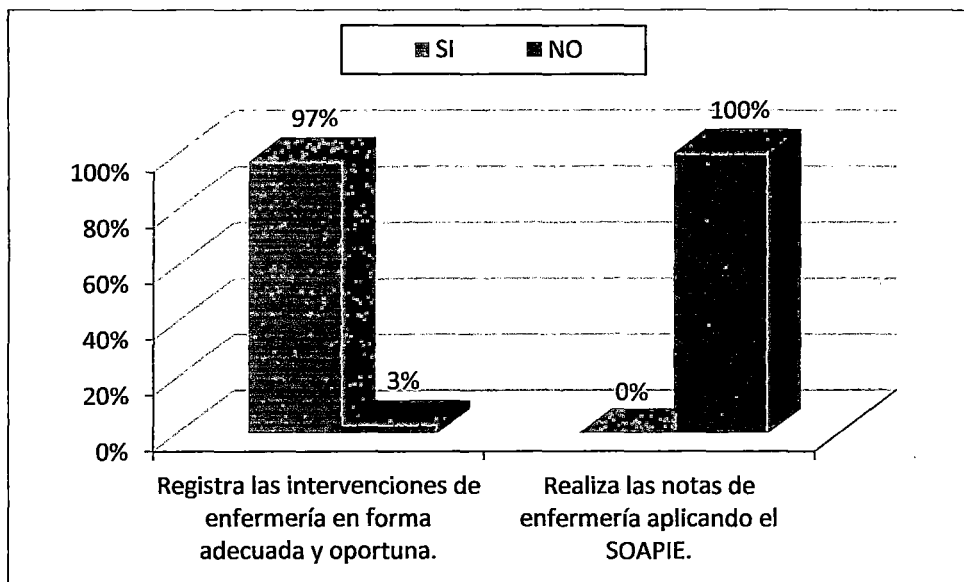
EJECUCION	SI	%	NO	%
Registra las intervenciones de enfermería en forma Adecuada y oportuna.	62	97%	2	3%
Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE.	0	0%	64	100%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En el Hospital Regional Moquegua, en la Unidad de Cuidados Intensivos el 97% de las Notas de Enfermería registran las intervenciones en forma adecuada y oportuna ante un 3% que si registran, sin embargo en el 100% de las Notas de Enfermería no se aplica SOAPIE.

GRAFICO N° 15

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO SEGÚN SU CARACTERISTICA EJECUCION



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

TABLA N° 16

**CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO
SEGÚN SU CARACTERISTICA EVALUACIÓN**

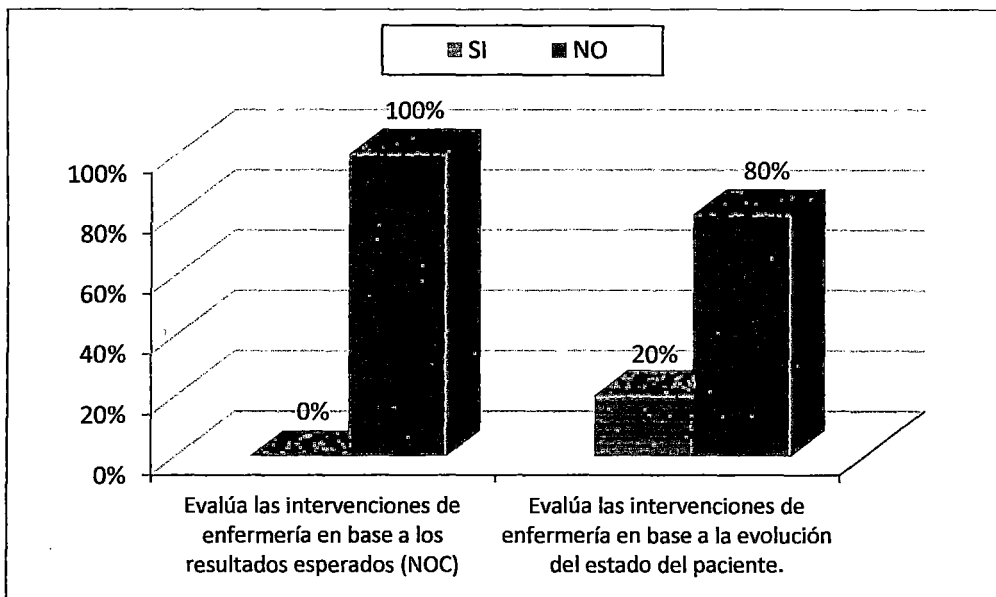
EVALUACION	SI	%	NO	%
Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)	0	0%	64	100%
Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.	13	20%	51	80%

FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

Observamos que el 100% de las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos no consideran evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a los Resultados Esperados (NOC), de igual forma el 80% de las Notas de Enfermería no registran Evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a la evolución del estado del paciente ante un 20% que si registra.

GRAFICO N° 16

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA POR SU CONTENIDO SEGÚN SU CARACTERISTICA EVALUACION



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

4.2. DISCUSIÓN

- Al contrastar la hipótesis: Las notas de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Moquegua correspondiente al I semestre del año 2011 según dimensión estructura son de calidad, los hallazgos evidencian que:
 - En la tabla N° 02, observamos que en la prueba de evaluación con la variable, vemos que el 79,7% de los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos la calidad de las notas de enfermería es regular según su dimensión estructura y el 20,3% tiene una mala calidad de las notas de enfermería, por lo que podemos decir que la mayoría no cumple con las normas necesarias para la elaboración de las anotaciones de enfermería en cuanto a su dimensión estructura donde la redacción de las notas debe ser continua, significativa, con letra legible, comprensible, ser clara y concisa, sin tacha, ni errores ortográficos, considerar fecha y hora según lo manifestado por las Normas para la Documentación y Redacción de Informes Eficaces. El cual también es válido según la teoría de Documentos de Enfermería mencionado en las características del informe de enfermería. Es decir las notas de enfermería en la

unidad de cuidados intensivos en cuanto a su dimensión estructura son de regular calidad. Lo que indica que hay que mejorar la estructura de las notas de enfermería en el Hospital Regional de Moquegua.

- Referente a la hipótesis: Las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Moquegua correspondiente al I semestre del año 2011 consideran la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) los hallazgos evidencian que:
 - El 96,9% de los profesionales de enfermería tienen una mala calidad (Tabla N° 03), es decir las notas de enfermería de la unidad de cuidados intensivos no consideran la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, la aplicación del Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) en el que se considera aspectos como: Valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación. Se encontró que solamente un 3,1% es de regular calidad de las notas de enfermería. Por lo tanto se niega la hipótesis planteada las notas de enfermería según su dimensión contenido ya que no se está aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en su totalidad.

- Según la Hipótesis del estudio: Las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA son de calidad.
 - Para la comprobación de la hipótesis principal planteada en la presente investigación, según la tabla N° 01 donde se presenta el recuento de datos obtenidos y después del análisis de cada nota de enfermería de las 64 historias clínicas consideradas para el estudio, se evidencia que la notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos tienen una regular calidad en donde se observa que el 54,7% de los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos tienen una regular calidad en el registro de las notas de enfermería, seguido de un 45,3% con una mala calidad y 0% tienen buena calidad. Por lo que se evidencia que las enfermeras no consideran normativa y aspectos muy importantes en la elaboración de las notas como para ser consideradas estas de calidad en un 100%, es así que la hipótesis general en la que afirma que las notas de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Moquegua son de calidad, se encuentra en proceso.

CONCLUSIONES

1. A la problemática principal planteada en la presente investigación se demuestra que las notas de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua correspondientes al primer semestre del año 2011 no son de calidad. Por otro lado cabe indicar también que en general las Notas de Enfermería con un 54,7% son de regular calidad lo cual no se considera como una cifra significativa ante un 45,3% de mala calidad.
2. Las notas de enfermería de la unidad de cuidados intensivos en cuanto a su dimensión estructura tienen una regular calidad dado que un buen porcentaje de las Notas de Enfermería consideran ciertos requisitos y normativas en la elaboración pero no suficientes como para ser consideradas de calidad.
3. Las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos no consideran el PAE en vista que el 96% de las Notas de Enfermería en cuanto a su dimensión contenido no consideran la aplicación de las etapas del Proceso de Atención Enfermería lo cual es de suma

importancia para la calidad de atención de los pacientes, tomando en cuenta que este se viene aplicando en los diferentes hospitales a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

- 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 los Registros de Enfermería, en el que las anotaciones de Enfermería constituyen 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 el cuidado que brinda el profesional de Enfermería al paciente.
- Que el Departamento de Enfermería y la unidad de calidad en los servicios de salud promuevan 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 las Notas de Enfermería.

- Que las Licenciadas en Enfermería apliquen el Proceso de Atención de Enfermería al 100% en los Registros ya que es el sustento legal para su trabajo y para brindar científicamente los cuidados de enfermería a los pacientes y lo norma la Ley del Enfermero.
- Promover la investigación en otros hospitales, con el fin de obtener nuevos resultados que nos permitan establecer comparaciones de los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADMINISTRACION Y CONTROL DE LA CALIDAD. EVANS James R. LINDSAY William M. 6° Ed. 2007. Cap.3 P.107.
2. Benavent Garcés, M.A., Leal Cercós, M. I. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. I Trobadad'infermeriaComunitària. Valencia.Octubre 1998. Publicado en CB N° 41,1° 2000.
3. BOE, 5 Marzo de 2002 (Núm. 55); Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
4. BOE, 14 DE Diciembre De 1999 (Núm. 298); Ley Orgánica 15/1999, 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
5. BOE, 15 de Noviembre 2002 (N° 274; Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
6. BOE, 22 de Noviembre de 2003 (Núm. 280); Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

7. DOGA, 8 de Junio 2001 (Núm. 111); Ley 28 de Mayo de 2001, Núm. 3/2001, de Normas reguladora del consentimiento informado y de la Historia Clínica.
8. El Arte y la Ciencia del Cuidado – Facultad de Enfermería. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. SEDE BOGOTA. Pág. 29 – 30.
9. El Código de Ética y Deontología D. L. 22315 en el capítulo III La Enfermera y el Ejercicio Profesional, en el artículo 27. [Http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/anglade_vc/pdf/anglade_vc-TH.1.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/anglade_vc/pdf/anglade_vc-TH.1.pdf)
10. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA: TEORÍA Y PRÁCTICA. LIC. TIPACTI SOTOMAYOR ELIDE. TACNA – PERÚ. 2005. Pág. 22-
11. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: TEORIA Y PRACTICA. POTTER – PERRY. 3° Edición. Editorial Harcourt – Brace. España – 1995. Pág. 185 – 187.
12. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA: CONCEPTOS, PROCESO Y PRACTICA. KOZIER Barbara, Glenora Erb. Andre y Berman, Shirlee J. Snyder. 7ma. Edición. Vol. I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España 2005.

13. Innovar vol.15 n° 25 Bogotá Jan./Jun. 2005. Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición.
14. MANUAL DE ENFERMERIA Edición MMV / Mostoles – Madrid (España). PAG. 20
15. MANUAL DE LA ENFERMERIA: Enfermería Básica. MSC. ALMEIDA DE JARA, Lic. CASTRO DE YEPEZ, LICGUSMAN DE SUAREZ. EDICION MMV. Móstoles – Madrid. ESPAÑA. Pág. 46.
16. Manual de Registros de Enfermería Modelo SOAPIE Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Interpretaciones más frecuentes en los Servicios Hospitalarios. Tomo I. LOAIZA CALDERON YENY MILUSKA, AYLLON CHAMBIZEA Rosa Mirtha. Arequipa – 2010. Pág. 4.
17. Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria*. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
18. PROCESO Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA. Patricia W. Iyer, Barbara J. Taptich, Donna Bernocchi – Losey. 3° Edición. McGraw – Hill Interamericana. Pág. 9 – 11.
Guía Paso a Paso. Ed. Masson. 4° Ed. Alfaro, Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de

enfermería y problemas asociados. Ed Interamericana. McGraw-Hill.
Luis Rodrigo. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia
Henderson en el Siglo XXI. Ed. Masson. Barcelona 1998. B.O.E. nº
274 del 15 de Noviembre del 2002.

[http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.
htm](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm)

19. Reingeniería de los Registros y Auditoria Moderna del Cuidado de
Enfermería. Modulo VII. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS –
EDEXPRO SAC. Diplomado. Pág. 7.

20. Revista Cubana de Salud Pública. Versión On-line ISSN 0864-3466.
Vol. 22 N° 1 Ciudad de la Habana ene-jun. 1996. Metodología para la
Evaluación de la Calidad en Instituciones de atención Primaria de
Salud. Dra. JIMENEZ CANGAS Leonor, Dra. BAEZ DUEÑAS Rosa
Maria, Dr. PEREZ MAZA Benito y Dra. REYES ALVAREZ LLiana.

21. W. Iyer, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan
legalmente.(1992); *Nursing*, 10 (3): 40-44.

22. WWW.cdc.com

23. www.intraMed.net

24. www.latindex.unam Revistas Ciencias Médicas.

ANEXOS

ANEXO N° 01

HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACION

N°	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que se pretenden medir?	1	2	3	4	5
2	¿Considera Ud. Que la cantidad de items registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5	¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento, son todo y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6	¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7	¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrían que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?					

Se Agradece su gentil colaboración.

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GHROMANN “CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA EN EL I SEMESTRE DEL AÑO 2011”

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 2011.

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.			

C = CONTENIDO	SI	NO	OBSERVACIONES
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 • Psicologico • 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.			

ANEXO N° 03
COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

$$R = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(n \sum X^2 - (\sum x)^2)(n \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Dónde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

ITEM	Coefficiente de correlación	ITEM	Coefficiente de correlación
item_1	. ^a	item_20	0,271*
item_2	0,217	item_21	0,086
item_3	0,140	item_22	0,295*
item_4	0,086	item_23	0,044
item_5	0,128	item_24	. ^a
item_6	0,617**	item_25	0,133
item_7	0,570**	item_26	0,310*
item_8	0,372**	item_27	. ^a
item_9	0,470**	item_28	0,115
item_10	0,408**	item_29	. ^a
item_11	0,420**	item_30	0,493**
item_12	0,459**	item_31	0,362**
item_13	0,169	item_32	. ^a
item_14	0,044	item_33	0,430**
item_15	0,324**	item_34	0,331**
item_16	0,102	item_35	. ^a
item_17	0,421**	item_36	. ^a
item_18	0,322**	item_37	0,427**
item_19	0,063		

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

a. No se puede calcular por que al menos una variable es constante.

Si $r > 0.20$, el ítem es considerado válido. Por lo tanto los ítems son válidos, excepto los ítems N° 1, 3, 4, 5, 13, 14, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 32, 35 y 36 los cuales no alcanzan el valor esperado, sin embargo se conservan por su importancia en el estudio.

4.1.4. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba estadística ALFA DE CRONBACH.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

α = alfa de cronbach

S_i^2 = Es la varianza del ítem i,

S_T^2 = Es la varianza de los valores totales observados

k = es el número de preguntas o ítems.

ESTADISTICOSDELALFADECRONBACH

ITEM	N	Media	Desv. tip.	ALFADECRONBACH H
item_1	64	1,00	,000	1
item_2	64	1,61	,492	0.927
item_3	64	1,11	,315	0.967
item_4	64	1,02	,125	0.995
item_5	64	1,02	,125	0.995
item_6	64	1,66	,479	0.931
item_7	64	1,67	,473	0.932
item_8	64	1,08	,270	0.978
item_9	64	1,14	,350	0.963
item_10	64	1,16	,366	0.960
item_11	64	1,45	,502	0.924
item_12	64	1,55	,502	0.924
item_13	64	1,98	,125	0.995
item_14	64	1,95	,213	0.986
item_15	64	1,22	,417	0.947
item_16	64	1,05	,213	0.986
item_17	64	1,05	,213	0.986
item_18	64	1,16	,366	0.960
item_19	64	1,03	,175	0.991
item_20	64	1,03	,175	0.991
item_21	64	1,02	,125	0.995
item_22	64	1,02	,125	0.995
item_23	64	1,02	,125	0.995
item_24	64	1,00	,000	1
item_25	64	1,17	,380	0.956
item_26	64	1,47	,503	0.924
item_27	64	2,00	,000	1
item_28	64	1,97	,175	0.991
item_29	64	2,00	,000	1
item_30	64	1,87	,333	0.966
item_31	64	1,64	,484	0.929
item_32	64	2,00	,000	1
item_33	64	1,87	,333	0.966

item_34	64	1,03	,175	0.991
item_35	64	2,00	,000	1
item_36	64	2,00	,000	1
item_37	64	1,80	,406	0.950

Como se observa el alfa de Cronbach en todos los ítem son mayores al 0.08; por lo que cabe resaltar que a mayor valor de Alfa, mayor fiabilidad. El mayor valor teórico de Alfa es 1, y en general 0.80 se considera un valor aceptable por lo tanto los ítem son fiables.

ESTADÍSTICOS DEL ALFA DE CRONBACH

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,896	37

El alfa de Cronbach es mayor 0.08 que se esperaba por lo tanto este instrumento es fiable.

ANEXO N° 04

**CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE**

CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

I SEMESTRE 2011

	N°	ITEM	SI		NO		total	
				%		%		%
ESTRUCTURA	1	Coloca Nombre y Apellido de paciente	64	100	0	0	64	100
	2	Número de Historia Clínica	25	39	39	61	64	100
	3	Número de cama	57	89	7	11	64	100
	4	Fecha y hora	63	98	1	2	64	100
	5	Considera balance hídrico	63	98	1	2	64	100
	6	Realiza el plan de cuidados	22	34	42	66	64	100
	7	Realiza la evaluación del plan de cuidados	21	33	43	67	64	100
	8	Estructura correcta (Redacción)	59	92	5	8	64	100
	9	Refleja presentación	55	86	9	14	64	100
	10	Refleja orden	54	84	10	16	64	100
	11	No presenta enmendadura (uso de corrector)	35	55	29	45	64	100
	12	Sin tacha	29	45	35	55	64	100
	13	Uso de abreviaturas no oficiales	1	2	63	98	64	100
	14	No deja líneas en blanco	3	5	61	95	64	100
	15	Letra legible	50	78	14	22	64	100
	16	Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul diurno y rojo noche)	61	95	3	5	64	100
	17	Coloca firma (identificación de la enfermera)	61	95	3	5	64	100
	18	Coloca sello	54	84	10	16	64	100
	19	Mantiene orden cronológico	62	97	2	3	64	100
	20	Anota los Signos y síntomas del paciente.	62	97	2	3	64	100
	21	Coloca las cifras de las funciones vitales.	63	98	1	2	64	100

		22	Informa sobre el tratamiento administrado.	63	98	1	2	64	100
		23	Menciona procedimientos especiales realizados al paciente durante el turno.	63	98	1	2	64	100
CONTENIDO	VALORACION	1	Obtiene datos objetivos del paciente.	64	100	0	0	64	100
		2	Obtiene datos subjetivos del paciente.	53	83	11	17	64	100
		3	Evalúa las esferas del comportamiento humano	34	53	30	47	64	100
		4	Registra datos obtenidos aplicando los modelos y/o teorías de enfermería	0	0	64	100	64	100
	DIAGNOSTICO	5	Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.	2	3	62	97	64	100
		6	Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, Potencial, Bienestar.	0	0	64	100	64	100
	PLANEAMIENTO	7	Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos.	8	13	56	88	64	100
		8	Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar.	23	36	41	64	64	100
		9	Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC)	0	0	64	100	64	100
	EJECUCION	10	Establece los resultados esperados en base al problema.	8	13	56	88	64	100
		11	Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna.	62	97	2	3	64	100
	EVALUACION	12	Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE.	0	0	64	100	64	100
		13	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)	0	0	64	100	64	100
		14	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.	13	20	51	80	64	100

**CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA
DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INSENSIVOS
DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - I SEMESTRE AÑO 2011**

	N º	ITEM	SI		NO		total	
				%		%		%
ESTRUCTURA	1	Coloca Nombre y Apellido de paciente	64	100	0	0	64	100
	2	Número de Historia Clínica	25	39	39	61	64	100
	3	Número de cama	57	89	7	11	64	100
	4	Fecha y hora	63	98	1	2	64	100
	5	Considera balance hídrico	63	98	1	2	64	100
	6	Realiza el plan de cuidados	22	34	42	66	64	100
	7	Realiza la evaluación del plan de cuidados	21	33	43	67	64	100
	8	Estructura correcta (Redacción)	59	92	5	8	64	100
	9	Refleja presentación	55	86	9	14	64	100
	10	Refleja orden	54	84	10	16	64	100
	11	No presenta enmendadura (uso de corrector)	35	55	29	45	64	100
	12	Sin tacha	29	45	35	55	64	100
	13	Uso de abreviaturas no oficiales	1	2	63	98	64	100
	14	No deja líneas en blanco	3	5	61	95	64	100
	15	Letra legible	50	78	14	22	64	100
	16	Usa color de lapicero oficiales de acuerdo al turno (azul diurno y rojo noche)	61	95	3	5	64	100
	17	Coloca firma (identificación de la enfermera)	61	95	3	5	64	100
	18	Coloca sello	54	84	10	16	64	100
	19	Mantiene orden cronológico	62	97	2	3	64	100
	20	Anota los Signos y síntomas del paciente.	62	97	2	3	64	100
	21	Coloca las cifras de las funciones vitales.	63	98	1	2	64	100
	22	Informa sobre el tratamiento administrado.	63	98	1	2	64	100
	23	Menciona procedimientos especiales realizados al paciente durante el turno.	63	98	1	2	64	100

**CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA
SEGÚN LA DIMENSIÓN CONTENIDO (PAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - I SEMESTRE AÑO
2011**

		Nº	ITEM	SI	%	NO	%	total	%
CONTENIDO	VALORACION	1	Obtiene datos objetivos del paciente.	64	100	0	0	64	100
		2	Obtiene datos subjetivos del paciente.	53	83	11	17	64	100
		3	Evalúa las esferas del comportamiento humano	34	53	30	47	64	100
		4	Registra datos obtenidos aplicando los modelos y/o teorías de enfermería	0	0	64	100	64	100
	DIAGNOSTICO	5	Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.	2	3	62	97	64	100
		6	Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, Potencial, Bienestar.	0	0	64	100	64	100
	PLANEAMIENTO	7	Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos.	8	13	56	88	64	100
		8	Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar.	23	36	41	64	64	100
		9	Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC)	0	0	64	100	64	100
		10	Establece los resultados esperados en base al problema.	8	13	56	88	64	100
	EJECUCION	11	Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna.	62	97	2	3	64	100
		12	Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE.	0	0	64	100	64	100
	EVALUACION	13	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)	0	0	64	100	64	100
		14	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.	13	20	51	80	64	100