

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**



**APLICACION DE LOS REGISTROS DEL CUIDADO QUE REALIZA EL
PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS SERVICIOS DE
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL SAN RAFAEL, EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE
DEL AÑO 2017.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

POR:

**LÓPEZ GUERRA, SUSANA MARINELA
PINTO GIRÓN, CRISIA ANGELICA
TICAS TOBAR, REINA ASTRID**

DOCENTE ASESORA

MSSR. ELSY BEATRIZ HENRÍQUEZ DE GUZMÁN.

CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO DEL 2018.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

RECTOR

Dr. Manuel de Jesús Joya Abrego

VICERRECTOR ACADEMICO

Licdo. Cristóbal Hernán Ríos Benítez

SECRETARIO GENERAL

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Msp. Dalide Ramos de Linares

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

Msc. Roxana Guadalupe Castillo Melara

DIRECTORA DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PROCESO DE GRADUACION APROBADO POR:

MSSR. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO

MSSR. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán

DOCENTE ASESORA

TRIBUNAL CALIFICADOR

MSSR. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán

Msc. Roxana Guadalupe Castillo Melara

Licda. Yesenia Ivette Flores Martínez

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios porque me dio la sabiduría e inteligencia para poder culminar mi meta, el discernimiento para elegir esta carrera y por guiar mis manos durante mis prácticas, por mantenerme con salud y a mi familia.

A mis amados padres, Siguifredo López Requeno y María Eugenia Guerra de López por apoyarme incondicionalmente durante toda mi vida y mi carrera Universitaria, porque son la parte más importante de este logro y por amarme a pesar de todo, acompañarme en mis dificultades y celebrar mis alegrías.

A mis hermanos: Daniel, Isabel, Samuel, Juan, Miguel Ángel, María Elena, Cesar Johann y Luis Enrique porque cada quien a su manera fue un apoyo durante todo el proceso y siempre estuvieron conmigo en los buenos y malos momentos.

A ti Samuel Mejía por apoyarme, comprenderme en este proceso, fuiste una gran ayuda y apoyo para mí, gracias por todos los momentos y tu amor.

A mis compañeras de tesis por compartir este logro y por el trabajo que nos unió más como amigas.

A mis docentes por haberme guiado en este camino lleno de aprendizaje y hacerme crecer como profesional, especialmente a mi asesora de tesis por el apoyo durante este último escalón de la carrera.

SUSANA MARINELA LÓPEZ GUERRA.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por haber sido mi guía y por darme la fortaleza en cada momento de la carrera, gracias por brindarme la sabiduría y la inteligencia para enfrentar cada dificultad que se me presentó.

A mi familia: gracias a mi mamá Rosa Girón y a mi papá Cristóbal Pinto por su apoyo incondicional y por acompañarme en las desveladas, por ayudarme a superar cada obstáculo y celebrar cada logro a lo largo de mi carrera, gracias por todo el amor y cariño que me han dado, les agradezco por su confianza y por la oportunidad que me dieron de recibir la educación y formarme como profesional.

Les doy gracias a mis hermanos Marlon, Adriana, Rony y Abigail por su paciencia y porque me apoyaron en todo momento.

También agradezco a mi tía Reyna y tío Jesús por ser un gran apoyo y confiar en mí durante toda mi formación. También a mis abuelos y familiares que me ayudaron con sus oraciones y palabras de motivación.

A mis amigas Nely Benavides, Abigail Rivera y Deysi Cortéz por ser personas especiales que Dios las puso en mi camino, gracias por apoyarme y compartir alegrías y dificultades, gracias por haberme acompañado y ser parte de esos momentos inolvidables.

A mis compañeras de tesis Susana Guerra y Astrid Ticas por todo el esfuerzo y dedicación en cada momento que trabajamos juntas.

A los docentes que durante la carrera me guiaron y brindaron todos los conocimientos y consejos para ser una profesional, especialmente a la asesora de tesis que siempre nos ayudó en esta última etapa de la carrera.

CRISIA ANGELICA PINTO GIRÓN

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por haberme dado la oportunidad y la sabiduría de poder concluir mi carrera de la mejor manera, ser mi guía y mi fortaleza, fue un camino difícil desde el inicio, pero con su guía pude lograrlo. En segundo lugar, a mi adorada mamá Reina Tobar de Ticas por brindarme su apoyo incondicional y haber creído en mí en todo momento. Gracias mamita por apoyarme, por brindarme sus consejos para seguir adelante, cuidar de mí en los momentos más duros y difíciles, gracias mami porque sin usted no sería nadie, porque con limitaciones y sacrificio logró darme la mejor herencia mi carrera, a mi hermano mayor Walter Ticas por brindarme su apoyo y sus consejos que ayudaron a mi formación.

En tercer lugar, a ti mi amor Fernando Grande por apoyarme durante 4 maravillosos años, gracias por comprender mis semanas de ausencia, por comprender que mi carrera no era fácil, por apoyarme en todo momento, por darme palabras de aliento cuando ya no podía seguir. Gracias mi amor por ser mi pilar, mis fuerzas para continuar, ser mi alegría luego de cada agotador turno. Gracias por ser tan maravilloso te amo mi bello anestésista.

Quiero agradecer también a mis tías religiosas Sor Antonia y Sor Clara Tobar López por brindarme su apoyo económico durante mis años de formación por brindarme sus consejos, agradecer a mi tía Jesús Tobar de Martínez por su apoyo y brindarme su hogar durante mis prácticas, por sus consejos y cariño incondicional.

Agradecer a mis compañeras de tesis por ser un gran equipo, no fue fácil llegar hasta aquí, tuvimos que superar muchos obstáculos, pero lo logramos, a nuestra asesora de tesis por apoyarnos durante cada asesoría y darnos consejos para mejorar. Finalmente agradecer a mis amigas y hermanas de corazón Raquel, Marilyn, Marisela, Sandra, Ashley y Grecia, gracias mis niñas por darme los mejores años de mi vida y por compartir momentos inolvidables, por sus consejos y no abandonarme en mis momentos difíciles, gracias por ser las hermanas que nunca tuve. Las quiero mucho mis niñas.

REINA ASTRID TICAS TOBAR.

INDICE

Contenido	Pág
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I.	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Antecedentes del problema.	13
1.2. Situación problemática.	17
1.3. Problema de Investigación.	19
2. JUSTIFICACIÓN.	20
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	22
3.1. Objetivo General.	22
3.2. Objetivos Específicos.	22
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Definición registros de Enfermería.	23
2.2. Consideraciones a tener en cuenta cuando se registra	23
2.3. Expediente clínico.	24
2.4. Elementos del expediente que registra enfermería.	25
2.5 Características de las notas de enfermería.	30
2.6 Importancia de las notas de enfermería.	31
2.7 Clasificación y tipos de notas de enfermería.	31
2.8 Infracciones relacionadas con las notas de enfermería.	33
2.9 Sanciones según ley.	34
2.10 Artículos del código penal relacionados al estudio aplicación de la ley penal a las personas.	36

2.11 TEORIA DE LA FUNDAMENTACION DE LOS REGISTROS.	38
---	----

CAPITULO III.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general.	44
3.2. Hipótesis específicas.	44
3.3. Operacionalización de variables.	46

CAPITULO IV.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO.	50
4.2.ÁREA DE ESTUDIO.	51
4.3. UNIVERSO, PLABLACIÓN Y MUESTRA.	51
4.3.1. Universo.	51
4.3.2. Población.	51
4.3.3. Muestra.	51
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	52
4.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	52
4.6.PROCEDIMIENTOS.	54
4.6.1. Prueba Piloto.	54
4.6.2. Plan de Recolección de Datos.	55
4.6.3. Plan de Procesamiento de Datos.	56
4.6.4. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.	57
4.6.5. Comprobación de Hipótesis.	57
4.7. MARCO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN.	60

CAPITULO V

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

5.1 Presentación de Resultados.	62
5.2 Comprobación de Hipótesis.	87
5.3 Análisis General de Resultados.	93

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.	95
6.2 Recomendaciones.	96

PROPUESTA DE INTERVENCION.	98
------------------------------------	----

FUENTES DE INFORMACION.	99
---------------------------------	----

ANEXOS

Nº1 Hoja de Pulso y Temperatura

Nº2 Hoja de CLAP.OPS/OMS-ENFERMERIA NEONATAL

Nº3 Lista de Cotejo sobre la aplicación los registros del cuidado de enfermería dirigido al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

Nº4 Costos de la Investigación.

Nº5 Cronograma de Actividades.

Nº6 Definición de Términos Básicos.

INTRODUCCION

Los registros de enfermería, según el Código de Ética de Enfermería de El Salvador, son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica del usuario, los cuales describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

El documento presenta la investigación sobre la aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería, que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, en el período de noviembre a diciembre del año 2017, la investigación es de carácter descriptivo debido a que se detallan los resultados obtenidos durante la misma, es transversal por que se estudiaron las variables en el período de noviembre-diciembre de 2017, además es prospectivo ya que los resultados se obtuvieron a medida que se fueron surgiendo.

Para la investigación se tomó 36 profesionales de Enfermería, que forman parte del recurso de los servicios antes mencionados, se seleccionaron 3 expedientes por recurso tomando en cuenta los expedientes de los primeros 3 usuarios asignados, teniéndose como total de población de estudio en la investigación 108 Expedientes clínicos. Se realizó la recolección de los datos mediante una lista de cotejo que mide los indicadores, posterior a ello se realizó el procedimiento de la recolección de la información donde se verificó la aplicación del registro de enfermería en la cuadrícula de signos vitales del expediente clínico obteniendo que el 82.7% del personal realiza el llenado completo de la hoja y solamente el 17.3% no está registrando los líquidos orales brindados, número de evacuaciones, vómitos.

También se constató que el registro del cumplimiento en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico en un 95% el registro de las intervenciones dependientes, independientes e interdependientes en la hoja de indicaciones médicas realiza en forma correcta. Cabe mencionar que en estas áreas críticas no se cuenta con un manual de procedimientos que describa la forma correcta de realizar el registro cumplimiento de las intervenciones.

De la misma forma se identificó que en el 93.1% de los expedientes de usuarios asignados al personal de enfermería se aplica correctamente los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública para el registro de la elaboración de las notas, no obstante, se comprobó que el 14% del personal no realiza notas de seguimiento durante el turno, debiendo mejorar las mismas.

El documento está estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo uno se presenta el planteamiento del problema que describe los antecedentes de los registros de enfermería desde una perspectiva histórica, partiendo de un análisis sobre la concepción de la variable en estudio. Además, en este capítulo se desarrolla la situación problemática en la cual se plantea el comportamiento del problema que es el punto de partida para el proceso de investigación.

Posteriormente, en la justificación se enuncia el propósito de la presente investigación, el cual, en primer lugar, es beneficiar al usuario y en segundo lugar, al personal de enfermería ya que se proporcionará un documento que se enfoca en los registros sobre el cuidado de enfermería y como estos son aplicados en el área laboral analizando desde la conceptualización de la teoría de Patricia Benner.

Finalmente, en este capítulo se encuentran los objetivos que guiaron la investigación, siendo estos un general que abarca el fenómeno en estudio y tres específicos que delimitaron la variable en estudio. Con estos se brinda una respuesta a la problemática planteada.

El capítulo dos corresponde al Marco Teórico y en él se presenta la concepción de los registros de enfermería y la teoría de Patricia Benner donde incluye diferentes conceptos y definiciones que deben ir inmersos en todo registro de enfermería.

En el capítulo tres se describe el sistema de hipótesis de la investigación las cuales se guían por la variable de investigación y la Operacionalización de las variables, que aportan una definición teórica y operacional además reflejan los indicadores con los cuales se logró medir las variables antes mencionadas.

En el capítulo cuatro se describe el diseño metodológico que incluye el tipo y área de estudio, el universo, población y muestra, posteriormente se mencionan los criterios de inclusión y exclusión, se presentan los métodos, técnicas e instrumentos, así como los procedimientos para la recolección de datos, que contiene la prueba piloto, el plan de recolección de datos, el plan de procesamiento de datos, el plan de análisis e interpretación y la comprobación de hipótesis. Se concluye dicho capítulo, con el marco ético que rige la investigación.

En el capítulo cinco se realiza la presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos, mediante cuadros de frecuencia simple, con su respectivo análisis e interpretación, luego se presenta la comprobación de hipótesis y por último el análisis general de resultados.

El capítulo seis enuncia las conclusiones a las que el equipo de trabajo llegó a raíz de los resultados obtenidos en la presente investigación se concluyó que el personal realiza un buen registro en la hoja de signos vitales a excepción del registro de los aportes y pérdidas de líquidos, también se encontró que realizan el registro en la hoja de indicaciones médicas y las notas de enfermería de manera correcta, las recomendaciones que a la luz del presente estudio se brindan a la institución hospitalaria abarcan la retroalimentación de la importancia del correcto registro de los cuidados de enfermería y la elaboración de un manual de procedimientos para el registro de estos. Posteriormente se presenta la propuesta de intervención que se basa en las conclusiones y recomendaciones mencionadas culminando este capítulo con las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.

Históricamente Enfermería ha evolucionado con el transcurso del tiempo, desde la época de Florencia Nightingale, que en 1,850 inició la práctica de enfermería como un oficio doméstico y estableció las bases de la enfermería moderna, es decir poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él.

El trabajo de Enfermería es de gran valor para el individuo, para la institución y la sociedad en general, y es necesario que éste quede registrado, especialmente si se proporciona en una institución de salud, pues el conocer la condición, evolución y tratamiento que el paciente recibe es de gran utilidad para planear la continuidad del cuidado y evaluar el tratamiento recibido.

Las circunstancias, tipo de pacientes y áreas de trabajo suelen marcar la diferencia en el tipo de registros que se realizan; particularmente cuando el trabajo de enfermería es en instituciones de tercer nivel, esta actividad cobra mayor importancia, debido a que las características de lo registrado con frecuencia facilitan que el equipo de salud tome decisiones para beneficio del paciente.

La documentación más antigua respecto a los registros del trabajo de enfermería en relación a la atención de pacientes, aparece por primera vez en el libro de Florence Nightingale "Notas sobre Enfermería" donde la autora presenta en forma de conclusiones una serie de observaciones y reflexiones sobre el tema "Cuidado del Paciente Junto a su Lecho".

El propósito fundamental de su trabajo fue que las mujeres que tenían a su cargo el cuidado de la familia pensarán en la mejor forma de cómo cuidar; a pesar de haber

transcurrido poco más de cien años de este escrito, es innegable la preocupación continua del personal de enfermería en satisfacer las necesidades fundamentales de los pacientes, así como el trabajo cuidadoso respecto a los seres humanos en situaciones de salud y enfermedad. (Nightingale 1859).

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. Por consiguiente, la deficiente elaboración e integración de la Historia Clínica, afecta la atención y el seguimiento de los pacientes, teniendo como consecuencia un mal diagnóstico y tratamiento, documentación a la cual frecuentemente el personal médico, enfermería y resto del equipo de salud no le dan la importancia necesaria, siendo un instrumento de gran valor que cuando no se elabora correctamente, los pone en situación de indefensión ante cualquier duda o inconformidad que se interponga en los juzgados civiles, penales o ante las comisiones de auditorías médicas o auditorías de enfermería.

Lógicamente, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo registrando repetidamente las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo. Además, es posible que pase por alto una importante información escrita, ya que los médicos y enfermeras no leen con regularidad las notas de evolución de enfermería.

La profesión de enfermería ha ido evolucionando en el transcurso del tiempo en nuevas técnicas, procedimientos y en respaldo de mayor documentación de carácter científico que enriquecen el conocimiento, el cual guía el actuar del profesional de enfermería, manteniendo siempre la importancia de evidenciar las acciones al ejercer el cuidado, por medio de los registros, reflejado en las notas de enfermería, anotaciones en la hoja de

ordenes médicas, hoja de signos vitales, hojas de balance, todo registrado en el expediente clínico, que como documento legal, crea la necesidad de la existencia de entes rectores como el Ministerio de Salud que por medio del Código de salud y Organismos especializados garantiza la calidad y legalidad de los mismos.

En la revista Turing (en español), entre los años 1988 y 2002, Berger son (1988 p.21-26) anota que, en una querrela por mala praxis, los miembros del jurado suelen considerar los registros como la mejor prueba. Recomienda el uso de las normas de registro OPCO (objetivo, preciso, completo, oportuno) y afirma que, con este método, se le impide al demandante desacreditar el registro.¹

Entre 1995 y 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere la falta de comunicación durante el cambio de turno fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la Joint Commission siendo el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU. incluso que de los 25 000 a 30 000 eventos adversos todos ellos evitables que condujeron a una discapacidad de los pacientes en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos.²

Algunos autores como Gonzales e Ibarra citado por Avendaño Ramírez Colín, Rentería y López 2011 refieren que las anotaciones de Enfermería son variadas, complejas y requieren tiempo de las enfermeras. Como resultado de todo ello con mucha frecuencia, quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos por falta de tiempo. Así mismo Potter y Perry señalan que el registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación. La documentación de enfermería continúa evolucionando viéndose incrementada su importancia.

¹ Carmen Vargas-Cubero, María Aurelia Ruiz-Sánchez, Aspectos Legales de las notas de Enfermería, ISSN 1049 – 1992, Enfermería en Costa Rica 2003.

² Marisol torres Santiago, Rosa Amarilis Zárate Grajales, Reyna Matus Miranda, Calidad de los registros de Enfermería, elaboración de un instrumento de evaluación, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol 8; No. 1, enero-marzo 2011.

En general el personal de enfermería realiza registros de su actuar como profesional de enfermería, pero el conocimiento y la calidad al aplicarlos queda corto en comparación a las exigencias de los requisitos para su elaboración, lo que en El Salvador se convierte en una deuda al no disponer de estudios actuales sobre el conocimiento y la aplicación del registro de enfermería.

Dichos antecedentes de los registros de enfermería lleva a la necesidad de conocer si el profesional de enfermería cumple con los requisitos establecidos para su elaboración, esto se ve reflejado en distintas investigaciones, en el año 2012 se realizó un estudio sobre Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en Centros de Salud Micro red Metropolitana Tacna Perú donde la población de estudio estuvo constituida por 87 historias clínicas siendo una muestra de 41, en el cual identificaron por medio de una lista de chequeo que las enfermeras del servicio de Ginecoobstetricia registran las notas de Enfermería entre bueno y muy bueno en un 75.6%, registran las hoja gráfica entre bueno y muy bueno en un 95.1%, al igual que el Kárdex en un 65.9%. Mientras que la hoja de Balance Hídrico lo registran muy mal en un 65.9%.

Conclusión: Las enfermeras del servicio de Ginecoobstetricia, cumplen con realizar los registros de Enfermería entre un nivel bueno y bueno en 63.4% y el 7.3% registran muy malo.³

Otro estudio sobre Características de las notas de Enfermería de los Hospitales del distrito de Bagua, Perú muestra que del 100% (89) de las notas de enfermería del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan del MINSA, el 59.6% (53) se encuentran mayormente incompletas, solo el 40.4% (36) mínimamente incompletas y ninguna (0%) se encuentra completa; mientras que en el Hospital 1 Héroes del Cenepa Es Salud, del 100% (50) de las notas de enfermería, el 44% (22) son mayormente incompletas, el 56% (28) mínimamente incompletas y ninguna (0%) está completa, similares porcentajes se evidencian en cuanto a las características de estructura y contenido. Queda evidenciado la falta de elementos dentro de las notas como lo son: deben ser sistemáticas, lógicas. Concretas, precisas, breves, objetivas y con narración en orden lógica.

³ Quispe Aduvire, Carmen, Nivel de aplicación del proceso de atención de Enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud micro red metropolitana San Pedro de Tacna, Perú, 2012

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Enfermería con el tiempo se ha desarrollado como profesión respondiendo a los cambios en la política sanitaria mundial, regional, además de las necesidades de la población, orientada cada vez más a mejorar su accionar en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

Los servicios de Enfermería en El Salvador han necesitado en éstos últimos años adecuar su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad; tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario; el profesional de Enfermería, dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes con diversos grados de complejidad, manejo de equipos de alta tecnología con los que no se contaban antes, manejo de medicamentos y drogas diversas y junto con ellos el manejo de los correspondientes registros de Enfermería, tales como: balance hídrico, censos, anotaciones de Enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado.

Los registros de enfermería son un instrumento importante que permiten supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, y conocimientos, capacidades y habilidades del personal, en ocasiones no se logra realizar el registro por parte del personal de enfermería, ya que existe muchos factores como lo es la sobrecarga laboral, donde se establece la relación de 4 en 1 es decir 4 pacientes por cada recurso de enfermería. Los registros de enfermería es la síntesis de la atención proporcionada al paciente y la respuesta a los cuidados recibidos; esta puede ser utilizada como base legal para comprobar que la asistencia no se ha realizado según las normas aceptadas para la práctica, y convertirse en prueba o evidencia para demandas contra la institución y el personal de la salud, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención no proporcionados.

En El Salvador se han elaborado lineamientos para la elaboración de las notas de Enfermería, con los cuales se evalúan el contenido de las mismas a través de la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería el cual es el ente regulador en el ejercicio de la

profesión a través del Consejo Superior de Salud Pública, así también en el ámbito hospitalario la evaluación de las notas de enfermería es efectuada por las supervisoras del Departamento de Enfermería, quienes también son las encargadas de monitorizar el registro correcto en la hoja de indicaciones médicas y la hoja de signos ya que en estas también se registran el cumplimiento de los cuidados de Enfermería.

Los profesionales de la Salud deben familiarizarse con normas, requerimientos y procesamientos de registros clínicos, como lo expresa los Artículos 304 y 305 del Código de Salud de El Salvador sobre los aspectos legales de las notas de Enfermería en los cuales se citan como medio de pruebas. Se pretende indagar el cumplimiento de estas normas en los Servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, La Libertad.

En el Hospital Nacional San Rafael, se cuenta con un lineamiento para la elaboración de las notas de Enfermería, está basado según los lineamientos de la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería de El Salvador. Una de las funciones principales de las Supervisoras de Enfermería dentro del Hospital es la supervisión y monitoreo sobre los registros de Enfermería en el expediente clínico. Según la entrevista realizada el día 7 marzo del 2017 a supervisora Licda. Sandra Elizabeth Guerra de Campos y jefes/as del servicio en estudio del Hospital, se han registrado datos desde el año 2015 que en las anotaciones de Enfermería han encontrado que las notas presentan letra no legible, presencia de abreviaturas, falta de descripción del estado del paciente, falta de orden lógico, falta de colocación de sello en la nota de Enfermería.

En la hoja de Signos Vitales se han observado mal llenadas, se ha encontrado que en ocasiones no colocan la fecha de los procedimientos invasivos realizados al paciente. En la hoja de indicaciones médicas, se ha encontrado falta de firma de quien cumple la indicación médica y la hora no concuerda con la indicación y la hora de cumplimiento, dichos errores en muchas ocasiones suceden por la sobrecarga laboral debido a que el personal por realizar otras actividades no completan el registro, otros de los errores más

frecuentes que se según datos se ha evidenciado son errores de ortografía y caligrafía, así como también falta de descripción del estado del paciente. Durante el año 2016 por parte de las Supervisoras del Departamento Enfermería se realizan 2 o 3 supervisiones por mes según se programa cada una de ellas. Por lo tanto, se puede evidenciar que en las supervisiones que se realizan hasta la fecha en los servicios tanto de UCI como de Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se han encontrado todos los errores antes mencionadas en cuanto a los registros de Enfermería en la hoja de indicaciones médicas, hoja de signos vitales y la hoja de anotaciones de Enfermería respectivamente.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cómo son aplicados los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

La profesión de Enfermería en El Salvador tiene como objetivo avanzar al compás de la evolución de la ciencia, la tecnología, el aporte de las ciencias sociales y humanas, basándose su ejercicio en la atención de la persona, familia y comunidad. Cuidando las necesidades humanas fundamentales asumiendo plena responsabilidad ética y legal.

Ante el avance Científico-Tecnológico que exige el marco de la competitividad, es necesario que el profesional de Enfermería elabore los registros de manera correcta debido a que estos son los que evidencian su trabajo y constituyen un medio para evaluar la calidad de la prestación del cuidado y desarrollo de la profesión y a su vez son utilizados como evidencia en caso de demandas legales de cualquier tipo.

El presente estudio tuvo como propósito determinar cómo son aplicados los registros del cuidado de Enfermería entre ellos, registro la de hoja de signos vitales, anotaciones en la hoja de indicaciones médicas como cumplimiento de intervenciones dependientes y las notas de Enfermería, del cuidado que se le proporciona al paciente

Esta investigación fue de suma importancia para la profesión de Enfermería debido a que es el encargado de brindar atención en todo el proceso de Salud-Enfermedad del paciente, por eso es fundamental que cada acción que realice sea evidenciada a través de un registro de manera correcta y completa; con este estudio se obtuvo información que facilitó una base teórica para evaluar cuáles son los elementos que se deben de mejorar en cuanto a los registros de Enfermería.

Además tiene mucha relevancia social porque permitió que se aclare y profundice esta temática, debido a que en el país no se cuenta con investigaciones previas del tema, esto lleva a saber cómo están algunos hospitales con respecto a la manera de cómo se registra la información que se lleva de los pacientes, dejando así un gran precedente en las investigaciones realizadas por el personal de Enfermería, que servirá como base para investigaciones posteriores sobre el tema y a la vez evidencio que el personal de Enfermería conoce sobre la manera que debe manejar la papelería del expediente clínico correspondiente a su cargo, también permitió hacer un análisis frente a los problemas

legales originados por errores que comete el personal al omitir o alterar información en los registros que manipula.

Entre los aportes significativos que proporciono este estudio están que se brindó un medio de diagnóstico que ofrecerá elementos orientadores para las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de los registros de Enfermería, pues mostro en alguna medida cuales son las principales deficiencias o carencias de los registros de enfermería.

De forma similar sucedió en los escenarios académicos, pues al reconocer en que aspectos está fallando enfermería en relación a los registros podrán tomar las medidas necesarias para diseñar estrategias educativas encaminadas a fortalecer estos aspectos.

Por lo tanto, la investigación fue factible, porque se contó con el apoyo de las autoridades correspondientes del hospital, de igual forma de las Jefes de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael y también por el personal de enfermería que labora en los servicios antes mencionados donde se realizó la investigación.

Además, el estudio fue viable debido a que se contó con los lineamientos establecidos sobre la elaboración de las notas de enfermería, el cual sirvió para establecer relación con los datos que se obtuvieron durante la investigación, también la accesibilidad del hospital favoreció el desarrollo de la investigación; asimismo los costos de la investigación fueron asumidos en su totalidad por el grupo investigador.

Por último este estudio trajo beneficios grandes a la comunidad de enfermería ya que se encamino a proporcionar información de la cual existe poca en el país; buscando a si aportar una investigación que sirva para formular criterios con base científica necesaria para la toma de decisiones y a si implementar medidas que puedan ayudar a mejorar la elaboración correcta de los registros de enfermería, debido a que los registros pueden ser el mejor aliado al momento de recibir auditorias sobre el accionar de enfermería.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

3.1.Objetivo General:

Describir como se aplican los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017.

3.2.Objetivos Específicos:

- 3.2.1. Verificar la aplicación correcta del registro de enfermería en la hoja de signos vitales del expediente clínico por parte del personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017.
- 3.2.2. Constatar la aplicación correcta del registro del cumplimiento de las indicaciones médicas en el expediente clínico por parte del personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017.
- 3.2.3. Identificar el cumplimiento de los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Publica en el registro de la elaboración de notas de enfermería en el expediente clínico por parte del personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017.

CAPITULO II.

2. MARCO TEORICO

2.1. DEFINICIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de Enfermería, según el Código de Ética de El Salvador, son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica⁴.

Describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de Salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

Según Manuel Amescua: Un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

2.2. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA CUANDO SE REGISTRA

- 2.2.1. **Objetividad:** deben ser escritos en forma objetiva es decir sin prejuicios o juicios de valor u opiniones personales sobre el paciente.
- 2.2.2. **Precisión y Exactitud:** Deben ser precisos completos y fidedignos. Deben anotarse en forma clara, concisa y en términos cuantificables.
- 2.2.3. **Legibilidad y claridad:** Claros y legibles sino posee una buena caligrafía, debería utilizar letra de imprenta, realizar anotaciones correctas ortográficamente y gramaticalmente. Usar solo las abreviaturas de uso común y no las que puedan llevar a confusiones.

⁴ Tanya Rivera. Registros asistenciales, fundación universitaria del área andina. [Publicado el 12 de junio de 2011, citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>

2.2.4. **Simultaneidad:** deben escribirse acompañando lo que se realizó y no dejarlo para el final del turno. En forma simultánea a la asistencia.

La realización correcta de los registros puede ser nuestra mejor defensa en caso de un problema legal.

Para que un registro se considere de calidad debe ser eficaz, efectivo y eficiente, deben servir para evaluar cómo se brinda la asistencia y se da respuesta a las necesidades de los pacientes.⁵

2.3. EXPEDIENTE CLÍNICO

El conjunto único de información y Datos Personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.⁶

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el Expediente Clínico.

Los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo Expediente Clínico, deberá tener los siguientes datos generales: Tipo, nombre y domicilio del establecimiento, en su caso nombre de la Institución a la que pertenece, la

⁵Rosana Tessa. Registros de enfermería[internet]18 de agosto de 2013[citado el 31 de marzo de 2017]Disponible en:<http://www.rosanatessa.com/registros-de-enfermeria/>

⁶Carlos Augusto Sánchez Morales. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición / expediente clínico [sede web] [actualizada el 30 de noviembre del 2016]. disponible en innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/expedienteclinico.html

razón y denominación social del propietario o concesionario, nombre, sexo, edad y domicilio del paciente.

2.4. ELEMENTOS DEL EXPEDIENTE CLINICO QUE REGISTRA ENFERMERIA

2.4.1. Hoja de signos vitales

Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Se debe observar, medir y vigilar los signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico.

La hoja de signos vitales debe contener lo siguiente:

- a) Nombre y apellidos del paciente.
- b) Número de expediente clínico.
- c) Servicio y numero de cama.
- d) Temperatura, pulso, respiración y presión arterial del paciente.

Método de registro de signos vitales:

En la parte superior izquierda de la cuadrícula aparecen los días del mes se anotan los días desde el ingreso, posteriormente se anota en la siguiente línea los días de hospitalización iniciado desde el día cero. En la parte inferior de la hoja aparece un cuadro para anotar el peso del paciente.

Los signos vitales deben ser tomados y registrados en el expediente clínico en las hojas correspondientes por el personal de Enfermería según indicación médica de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos generales de Enfermería para la atención de pacientes, en vigencia⁷.

⁷Vilma Esther V., NoéFélix E., José Rafael E, Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2ª edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...

En el libro Técnicas Básicas de enfermería, se menciona que “Cada centro hospitalario diseña los modelos o formatos más acordes a los servicios a los que va destinada”⁸, Las gráficas se configuran atendiendo a las necesidades de cada unidad de un centro sanitario, pero en general todas constan de los siguientes apartados: datos identificativos, representación de las constantes vitales, registro de balance de entradas y salidas y otros registros.

En el Hospital Nacional San Rafael la hoja de constantes vitales (ver anexo N°1) utilizadas para el registro de estos consta de las siguientes partes; las cuales son las que fueron evaluadas durante la investigación ya que están contempladas en la hoja utilizada en el hospital:

- a) Nombre del Paciente.
- b) Número de Expediente.
- c) Edad del Paciente.
- d) Servicio de Hospitalización.
- e) Días de estancia Hospitalaria.
- f) Registro de Pulso
- g) Registro de Temperatura
- h) Registro de T.A.
- i) Registro de Líquidos Orales.
- j) Registro de Vómitos.
- k) Registro de Evacuaciones.

La hoja utilizada en el Hospital San Rafael, está graduada en intervalos para representar los valores de cada constante y dispone así mismo de escalas de referencia para cada constante, que son el Pulso y Temperatura. La cuadrícula de constantes presenta divisiones verticales que separan los días y los turnos de mañana, y noche (a.m., p.m.), así como

⁸ Carlos Galindo, Regina Gardelus, Agustín García, Manuela H, Concepción R, Juan Ángel M. Técnicas Básicas de Enfermería [Internet] 1° edición Disponible en <https://1enfnocturno.files.wordpress.com/2017/04/tecnicas-basicas-de-enfermeria-1ed.pdf>

divisiones horizontales de dos tipos: unas líneas gruesas que marcan los parámetros que aparecen en las distintas escalas de constantes y unas líneas más finas para representar valores comprendidos entre esos intervalos.

En la hoja de registro para la temperatura el valor asignado para cada recuadro es de 2°C esta constante se debe graficar con el color azul, se debe colorar un punto con el color correspondiente, al unir los puntos de grafica por ambos turnos estos deben reflejar una gráfica lineal, donde se observará el aumento o descenso de la temperatura corporal del paciente durante los turnos. El valor asignado para cada recuadro en el registro del pulso es de 4 pulsaciones por minuto, este debe graficarse en color rojo, al igual que en el registro de la temperatura este debe reflejar una gráfica lineal en la cual se observará el aumento o descenso de las pulsaciones por minuto, durante la investigación se tomará como correcto al observar que el registro esta efectuado según lo mencionado anteriormente.

Dentro del área de neonatos se utilizó como hoja anexa denominada CLAP.OPS/OMS-ENFERMERIA NEONATAL (ver anexo N°2) en donde se registran también las constantes vitales, el aporte oral y evacuaciones, las cuales se tomaron como parte de la hoja de Temperatura y Pulso.

2.4.2. Indicaciones médicas

Las indicaciones médicas comprenden las decisiones terapéuticas que emanan del profesional de Medicina, las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y deben ser acatadas por el resto del equipo de salud. Estas indicaciones comprenden desde decisiones terapéuticas sencillas (baño en cama, medición de constantes vitales, etc.) hasta otras más complejas como lo es la administración de medicamentos.

Dentro del cumplimiento se encuentran tres tipos de intervenciones que el personal de enfermería realiza:

- a) Interdependientes: son las que la enfermera realiza en colaboración con otro profesional de la salud (medico, nutricionista, fisioterapista, anestesista, etc.), son

también las que ofrecen solución a un problema interdependiente, mediante el razonamiento y las recomendaciones de todo el equipo de salud.

- b) Intervenciones Independientes: se basan en las intervenciones de enfermería como forma independiente de la orden médica u otro profesional de la salud.
- c) Intervenciones Dependientes: se basan en las intervenciones, prescripciones, órdenes o indicaciones escritas de otro profesional de la salud, como ejemplo la administración de medicamentos.

La administración de Medicamentos es una de las tareas más complejas en el campo laboral del profesional de Enfermería y de alguna manera demanda más atención y responsabilidad de parte del profesional, ya que una mala praxis desencadenaría daños irreversibles, incluso la muerte en el usuario.

En algunos casos el profesional de Enfermería, basándose en su experiencia personal y sus conocimientos científicos, podría considerar que una indicación requiere ser revisada nuevamente por el profesional de la Medicina, antes de ser ejecutada. Esta situación es sumamente delicada y pone a prueba la competencia científica y moral de la Enfermera.

Ésta deberá expresar en forma respetuosa y en privado su discrepancia con el médico tratante, precisando que con ello no pretende menoscabar su autoridad. Para llevar a cabo una actuación de este tipo, la enfermera debe hallarse profesionalmente capacitada para exponer argumentos convincentes.⁹

Para registrar el cumplimiento de indicaciones, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas.¹⁰

⁹Esmirna T. Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica [internet] citado el 31 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria2.shtml#ixzz4cfpw5Q9r>

¹⁰Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2ª edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.issv.gob.sv/index.php?norma-para-el-expediente-clinico-en-el-issv...

Cuando se registre el cumplimiento de medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, se debe registrar la hora e iniciales de la enfermera que cumplió la indicación.

El personal de enfermería también debe registrar el cumplimiento de la dieta asignada al paciente, si se tomaron las constantes vitales, aunque se encuentren registrada en las gráficas, los cuidados indicados específicos por cada patología, la toma y reporte de los exámenes de laboratorio ya que estos reflejan la mejoría o no del paciente y ayudan a la continuación o cambio del tratamiento. El personal también debe registrar si se realizó o no las interconsultas con los diferentes especialistas indicado según el estado del paciente.

2.4.3. Notas de enfermería

2.4.3.1. Definición.

Según el Consejo Superior de Salud Pública, la nota de enfermería es un registro elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos.

Cuyo objetivo de las notas de enfermería es llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona, dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona, servir como instrumentos de información en el campo de la salud como documentos científico legal, estudios de investigación.

Los componentes técnico legales de las notas de enfermería deben contener fecha, contenido con base al lineamiento, firma según DUI, sello según registro de JVPE y hora exacta según la acción realizada.¹¹

Además, deben ser sistemáticas, lógicas, claras, precisas, concretas, objetivas, la narración con orden lógico, el vocabulario debe ser técnico, lenguaje claro, evitar abreviaturas.

Claridad: las notas de enfermería deben llevar una estructura gramatical ordenada, con redacción sencilla para que se puedan entender con facilidad evitando ambigüedades, debe ser letra clara preferiblemente de imprenta.

¹¹ Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016[citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf

Concreta: las notas de enfermería deben contener información específica, sin redundancias ni con información innecesaria.

Precisión: se debe realizar las notas de enfermería anotando claramente ¿Qué sucedió?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?

Cefalocaudal: las notas de enfermería deben contener un informe completo manteniendo un orden que va desde la cabeza hasta los pies.

Orden lógico: registro de la información de acuerdo a la secuencia en que ocurrió, las notas deben reflejar los cuidados brindados en el orden que se realizaron.

2.5 CARACTERISTICAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

Según el Consejo Superior de Salud Pública a través de la Junta de Vigilancia de los Profesionales de Enfermería, las notas de enfermería registran descriptivamente la evolución de la persona en algunos hospitales o Centros de Atención Primaria, debe describirse notas en cada turno.

2.5.1 Exactitud: es importante que las anotaciones en los registros sean exactos y correctos; las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones reales, en lugar de opiniones o interrupciones de una observación. Una buena escritura es esencial para la exactitud de los registros, si no se está seguro de cómo se escribe una palabra debe consultar un diccionario.

2.5.2 Integridad: la información que se registre ha de ser completa y útil para la persona, los médicos, otras enfermeras y trabajadores que intervengan en la asistencia sanitaria, sin embargo, la historia de la persona puede utilizarse para indicar el tipo de cuidado administrativo, una anotación completa como por ejemplo una persona que ha vomitado (comprende la hora, la cantidad, el color y el olor del vómito y cualquier otro dato sobre el paciente).

2.5.3 Uso de tinta: todas las anotaciones de Enfermería a la persona se realizan con tinta oscura en turno de día y en turno nocturno será de tinta roja, de forma que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios, las anotaciones han de ser legibles, y que se entienda con facilidad.

2.5.4 Contenido de las notas de enfermería: Esto debe llevar las observaciones hechas en el momento de admisión de la persona, condición general del paciente, tomando en cuenta su estado físico, emocional, reacción a medicamentos y tratamientos, condición de higiene y cuidados prestados, observaciones objetivas y subjetivas, efectividad de ciertos cuidados, medicamentos, tratamientos y procedimientos, enseñanza impartida, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.

2.5.5 Información de las Notas de Enfermería

2.5.5.1 Valoración de la persona por el distinto personal de enfermería (palidez, enrojecimiento de la cara o presencia de orina oscura o turbia, entre otros.)

2.5.5.2 Intervenciones de enfermería independientes, como cuidados especiales de la piel o formación del paciente, ejecutadas por iniciativa de la enfermera.

2.5.5.3 Intervenciones de enfermería dependientes, como medicamentos, tratamientos prescritos por un médico o procedimientos.

2.5.5.4 Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería hospitalaria o comunitaria.

2.5.5.5 Acciones realizadas por el medico (por ejemplo: acortamiento de un tubo de drenaje posoperatorio).

2.5.5.6 Visitas de miembros del equipo de salud, (consulta de médico, fisioterapeuta, trabajadora social, entre otros).

2.5 IMPORTANCIA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

- a) Poder evaluar la evolución de la enfermedad de la persona.
- b) Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.
- c) Se puede identificar las necesidades de las personas.¹²

2.5 CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE NOTA DE ENFERMERÍA

Enfermería emplea cuatro métodos para escribir las notas de evolución: Narrativa, Formato SOAP, focalizada y de excepción.

2.5.1 Nota narrativa.

Es una descripción de la información y una nota cronológica registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo, se asocia comúnmente con las historias médicas fragmentadas. Los formatos empleados para las notas varían de acuerdo de un lugar a otro. La principal desventaja es que para el lector resulta difícil encontrar todos los datos de un problema específico sin tener que examinar toda la información registrada. Por este motivo

¹² Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016[citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf

cierta información se documenta en las gráficas. Según el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), las notas de enfermería deben poseer los siguientes componentes técnicos legales. Técnicos haciendo referencia a los componentes que la nota debe de contemplar al momento de realizarla las cuales se mencionaran a continuación, y legales ya que las notas de enfermería como documento legal sirve como medio probatorio en un proceso administrativo sancionatorio.

2.5.1.1 Fecha (Exacta)

2.5.1.2 Contenido (Con Base al Lineamiento)

- a) Sistemáticas
- b) Lógicas
- c) Claras
- d) Concretas
- e) Precisas
- f) Breves
- g) Objetivas
- h) La narración con orden lógico
- i) Vocabulario técnico
- j) Lenguaje claro
- k) Evitar abreviaturas

2.5.1.3 Firma.

2.5.1.4 Sello (Según Registro en la JVPE)

2.5.1.5 Hora (según la acción realizada)

2.5.2 Formato SOAP.

a) Es un acrónimo de Datos Subjetivos, Datos Objetivos, Valoración y Planificación, este formato se creó con las HCU, pero se utiliza cada vez más en muchos tipos diferentes de registros. Los acrónimos SOAPIE y SOAPIER hacen referencias a formatos que añaden la ejecución, evaluación y la revisión. Un formato más reciente es el APIE valoración

combina los datos subjetivos y objetivos con el diagnóstico de enfermería, plan de ejecución y evaluación.

b) Los datos subjetivos nos dicen lo que el cliente siente y el modo en que lo expresa, los datos objetivos comprenden medidas como las constantes vitales, observaciones de los miembros del equipo de salud, hallazgos de laboratorio, radiografías y respuestas del cliente a las medidas diagnósticas y terapéuticas.

c) En la fase de valoración el observador interpreta y extrae conclusiones de los datos subjetivos y objetivos.

d) La planificación es un plan de acción basado en datos anteriores, el plan inicial es escrito por la persona que anota el problema en el registro.

e) La ejecución o intervención es la documentación de las actividades del plan que se están ejecutando en realidad para el cliente.

f) Evaluación es la documentación de la respuesta al plan.¹³

2.5.3 Nota focalizada.

Utiliza palabras claves que describen lo que le está sucediendo al cliente, a diferencia de las gráficas unificadas la nota focalizada no se limita a los problemas clínicos.

2.6 INFRACCIONES RELACIONADAS CON LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

Según el código de salud en cuanto a las infracciones menos graves se encuentran reguladas a partir del artículo 285 que citan:

a) Expedir certificados, constancias, dictámenes u otros documentos falsos sobre el estado de salud o causas del deceso de una persona;

¹³ BARBARA KOZIER, GLENORA ERB, KB, JYJ, JST, Técnicas en enfermería clínica. Cuarta edición. Editorial McGraw Hill; volumen I Capítulo III, PAG 57-59

- b) Suscribir certificados, constancias, dictámenes e informes preparados por terceras personas sin haber examinado o presenciado los hechos consignados en tales documentos;
- c) Mandar a elaborar el sello de profesional o de un establecimiento sin la autorización correspondiente de la Junta respectiva o del Consejo.¹⁴

2.7 SANCIONES SEGÚN LA LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Dentro de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de salud se encuentran artículos que definen las sanciones al personal de salud, los culés pueden al igual que los mencionados anteriormente sancionar a un trabajador al realizar algún acto dentro de la ilegalidad al atender a un usuario, estos se mencionan a continuación:

2.7.1 Sanciones¹⁵

Art. 45.- Las sanciones que se impondrán a las personas que cometan las infracciones que regula la presente ley serán:

- a) Para las infracciones graves, suspensión del ejercicio profesional de un mes a cinco años.
- b) Para las infracciones menos graves, multa de uno a veinte salarios mínimos mensuales del sector comercio y servicio vigentes.

¹⁴Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E., Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2ª edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...

¹⁵Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. fecha de emisión 10 de marzo de 2016 y fecha de publicación 08 de abril de 2016, sección 2 página 24 [consultado el 07 de abril de 2017] Disponible en <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-deberes-y-derechos-de-los-pacientes-y-prestadores-de-servicios-de-salud>

- c) Para las infracciones leves, amonestación escrita agregada al expediente del Profesional en la Junta de Vigilancia correspondiente, en el caso de los profesionales de salud, y al expediente del paciente, en el caso de los pacientes.

2.7.2 Criterios de gradualidad de las sanciones.

Art. 46.-Para la imposición de las sanciones establecidas en la presente ley se tomará en cuenta los siguientes criterios:

- a) La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida y salud de las personas.
- b) El grado de intencionalidad del infractor.
- c) El grado de participación en la acción u omisión, según el caso.
- d) La capacidad de evitar el daño causado.

2.7.3 Pago de multas.

Art. 47.-Las multas impuestas deberán cancelarse dentro del plazo de treinta días hábiles después de notificada la resolución final en firme. El Consejo proporcionará el mandamiento de ingreso respectivo e ingresarán a la Tesorería del Consejo.

Después de transcurrido el plazo para el pago de dicha multa sin haberse hecho efectiva, se procederá a certificar la resolución que la contenga, la cual tendrá fuerza ejecutiva para efectos de cobro por la vía judicial.

2.8 ARTICULOS DEL CODIGO PENAL RELACIONADOS AL ESTUDIO APLICACIÓN DE LA LEY PENAL A LAS PERSONAS

2.8.1 Comisión por omisión

Art. 20.- El que omite impedir un resultado, responderá como si lo hubiera producido, si tiene el deber jurídico de obrar y su omisión se considerará equivalente a la producción de dicho resultado. El deber jurídico de obrar incumbe a quien tenga por ley obligaciones de cuidado, protección o vigilancia, al que con su comportamiento precedente creó el riesgo y

al que, asumiendo la responsabilidad de que el resultado no ocurriría, determinó con ello que el riesgo fuera afrontado

2.8.2 Circunstancias agravantes

Art. 30.- Son circunstancias que agravan la responsabilidad penal:

Alevosía.

1) Cometer el delito con alevosía. Existe alevosía cuando, en los delitos contra la vida o la Integridad personal, el hechor provoca o se aprovecha de la situación de indefensión de la víctima para prevenir el ataque o defenderse de la agresión, sin riesgo de su persona. Se presume legalmente la alevosía cuando la víctima fuere menor de doce años y en el caso de homicidio precedido de secuestro

2.8.3 Penas principales

Art. 45.- Son penas principales:

- 1) la pena de prisión, cuya duración será de seis meses a sesenta años. En los casos previstos por la ley el cumplimiento de la pena serán una celda o pabellón especial de aislados.
- 2) La pena de arresto de fin de semana, cuya duración será entre cuatro y ciento cincuenta fines de semana.
- 3) La pena de arresto domiciliario, cuya duración será de uno a treinta días.
- 4) La pena de multa, cuyo importe se cuantificará en días multa y será de cinco a trescientos sesenta días multa.
- 5) La pena de prestación de trabajo de utilidad pública, cuya duración será de cuatro a ciento cincuenta jornadas semanales.

2.8.4 De las personas que incurren en responsabilidad civil

Responsables directos

Art. 116.- Toda persona responsable penalmente de un delito o falta, lo es también civilmente, si del hecho se derivan daños o perjuicios, ya sean éstos de carácter moral o

material. Las empresas que hubieren asumido el riesgo de las responsabilidades pecuniarias

Como consecuencia de un hecho previsto en la ley penal, serán responsables civilmente hasta el límite de la indemnización legalmente establecido o convencionalmente pactada, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien corresponda.

2.8.5 Delitos relativos a la integridad personal

Capítulo I

De las lesiones

Lesiones: un daño en su salud, que menoscabe su integridad personal, hubiere producido incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias o enfermedades por un período de cinco a veinte días, habiendo sido necesaria asistencia médica o quirúrgica será sancionado con prisión de uno a tres años.

Lesiones graves

Art. 143- Las lesiones se consideran graves si producen incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias o enfermedad por un período mayor de veinte días, habiendo sido necesaria asistencia médica o quirúrgica. En estos casos se impondrá la pena de prisión de tres a seis años.

Lesiones muy graves

Art. 144- La pena será de cuatro a ocho años de prisión si se produjere cualquiera de los resultados siguientes:

- 1) Grave deformidad física en el cuerpo.
- 2) Grave perturbación funcional permanente, pérdida de la función o pérdida anatómica de un órgano o miembro principal.
- 3) Grave perturbación psíquica.
- 4) Enfermedad que pusiere en grave peligro la salud de la persona.

Manipulación de información

Art. 147-. el profesional de salud que participe en un proceso de evaluación diagnóstica para una intervención quirúrgica de extracción o trasplante de tejidos humanos, que proporcione información falsa o distorsionada con el fin de influir en la decisión de donar o recibir dichos órganos o tejidos, será sancionado con prisión de tres a cinco años.

Alteración de sustancias medicinales

Art. 274- Será sancionado con prisión de dos a cuatro años e inhabilitación especial para la profesión u oficio por el mismo tiempo.

- 1) quien al elaborarla o en momento posterior, alterare la cantidad, la dosis o la composición genuina, según lo autorizado o declarado, de una sustancia medicinal, privándola total o parcialmente de su eficacia.
- 2) Imitare o simulare sustancias medicinales, dándoles apariencia de verdaderas, con ánimo de expenderlas o autorizarlas.
- 3) Tuviere en depósito, ofreciere, vendiere, facilitare o utilizare en cualquier forma las sustancias medicinales referidas, conociendo de su alteración y con el propósito de expenderlas o destinarlas al uso de otras personas.

Falsedad documental agravada

Art. 285.- En los casos de los artículos anteriores, si el autor fuere funcionario o empleado público o notario y ejecutare el hecho en razón de sus funciones, la pena se aumentará hasta en una tercera parte del máximo y se impondrá, además, inhabilitación especial para el ejercicio del cargo, empleo o función por igual tiempo.

2.9 TEORIA DE ENFERMERIA DE LA FUNDAMENTACION DE LOS REGISTROS.

2.9.1 Estudio basado en la Teoría de Patricia Benner.

Esta teoría considera la Enfermería como una disciplina profesional, que contiene como tal dimensiones históricas, antropológicas, filosóficas, valores propios, principios éticos y un marco legal, que le lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de

enfermería¹⁶. El cual ha ido incrementando mediante las acciones que ejecutamos, conocimiento que en muchas ocasiones no es debidamente registrado, perdiendo mucha información que es de gran importancia para conocer qué acciones son más factibles a realizar en un cuidado futuro.

Para garantizar este cuidado es necesario tener un conocimiento previo el cual se adquiere mediante la teoría y la práctica. Según la teorista Patricia Banner afirma que el desarrollo de conocimiento en una disciplina practica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber practico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de la disciplina.

Considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos, y que “la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas provoca que la teoría enfermera carezca de singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta”. En base a esto es importante destacar la importancia que conllevan las anotaciones de enfermería ya que, en el expediente clínico, estas corroboran el cumplimiento de los diferentes cuidados que se le realizan a nuestros pacientes tantos ya sea por el personal de enfermería o los diferentes proveedores de salud.

Benner estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Una de las primeras distenciones teóricas que Benner estableció fue la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico.

- a) Saber práctico: Consiste en una adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico.
- b) Saber teórico: Sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre los diferentes sucesos.

Benner sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o desarrollarse antes que las formulas científicas. La práctica clínica es un área de investigación y una fuente

¹⁶Natorabet. modelo y teoría de enfermería Patricia Benner. Slideshare [internet]7 DE JULIO DE 2014[consultado el 31 de marzo de 2017] Disponible en:<https://es.slideshare.net/natorabet/patricia-benner-modelos-y-teoras-en-enfermera>

para el desarrollo del conocimiento. Incorpora la noción de excelencia; estudiando la práctica, las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos.

Mediante la investigación y la observación científica, se debe empezar a registrar y a desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría.

Benner adopto el modelo de Dreyfus, ellos desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, al aplicar el modelo Benner observo que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida. A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico.

2.9.2 Principales aspectos de la práctica de una enfermera

En la práctica de Enfermería el profesional debe demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, tener asimilación del saber práctico, conocer una visión general de lo que acontece y saber prever lo inesperado, garantizando una atención de calidad que ayudara a la pronta recuperación del paciente. Sin embargo, estos aspectos no logran concretarse como acciones realizadas ya que en ocasiones no hay un registro adecuado de dichas actividades.

Los registros de Enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

En la teoría de Patricia Benner incluye diferentes conceptos y definiciones que deben ir inmersos en todo registro de enfermería como son:

- a) Aspectos de una situación: Son elementos recurrentes situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera
- b) Atributos de una situación: Son las propiedades mediables de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente

- c) Competencia: Área definida como una actuación calificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significado
- d) Caso paradigmático: Es la experiencia clínica que destaca y modifica el modo en que la enfermera percibe y entiende las situaciones clínicas futuras
- e) Comportamiento: Estilo y manera de actuar e interactuar con el paciente su estado de salud y enfermedad.
- f) Hermenéutica: hace referencia a la descripción y el estudio de los fenómenos humanos comprensibles de maneras cuidadosa y detallada con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas.

El buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, permite conocer los aspectos de una situación, los atributos que esta cuenta para saber cómo actuar, además registra la competencia del personal de enfermería, el comportamiento del estado de salud del paciente, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería.

También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes. Un buen registro puede ser una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió. Todos estos conocimientos pueden ser posibles mediante un adecuado registro de la práctica de Enfermería.

CAPITULO III.

2. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL:

Es aplicado correctamente los registros de los cuidados de enfermería que se realiza en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

3.2.HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

Ha1: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro en la Hoja de Signos Vitales.

Ho1: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro en la Hoja de Signos Vitales

Ha2: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Ho2: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Ha3: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro de los lineamientos legales establecidos según el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de las anotaciones de enfermería en el expediente clínico.

Ho3: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro de los lineamientos legales establecidos según el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de las anotaciones de enfermería en el expediente clínico

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
<p>Aplicación correcta del registro en la Hoja de Signos Vitales del Expediente Clínico.</p>	<p>Es registrar correctamente los datos en la hoja de signos vitales ya que esta refleja el estado fisiológico del organismo humano y esencialmente proporcionan los datos que darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, por lo que se considera de mucha importancia el registro correcto de los signos vitales.</p>	<p>Es el registro en la hoja de signos vitales que es un elemento que usa el personal de enfermería en el área clínica para registrar las constantes vitales, las cuales se engloban, temperatura, pulso, tensión arterial, evacuaciones, eliminación de orina, vómitos, entre otros que se pueden incluir, con las cuales se indica el estado de salud presente, así como los cambios o su evolución ya sea positivo o negativamente.</p>		<p>➤ Registro completo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo. • Número de expediente. • Edad • Servicio al que ingresa. • Fecha de ingreso • Días de estancia hospitalaria. • Pulso. • Temperatura. • Presión Arterial • Líquidos Orales. • Vómitos. • Evacuaciones.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Aplicación correcta del registro del cumplimiento de las indicaciones médicas en el expediente clínico.	Es el registro correcto de las intervenciones que son responsabilidad del personal de enfermería; en ella se anotan las acciones cumplidas detallando hora e iniciales del personal que lo realiza.	El registro correcto de las indicaciones médicas es una función del personal de enfermería independiente que consiste en anotar o escribir hora y firma de quien cumplió las indicaciones médicas durante el turno, registrando su ejecución con bolígrafo azul o rojo la hora y firma de la enfermera responsable.	Cuidados de enfermería independientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta • Toma de s.v • Cuidados de enfermería específicos de cada patología • Toma de exámenes
			Administración de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Hora • Firma
			Actividades multidisciplinarias	<ul style="list-style-type: none"> • cumplimiento de interconsultas • Reporte de exámenes médicos

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES
<p>Cumplimiento de los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de la elaboración de las notas de enfermería.</p>	<p>Acatar los lineamientos es aplicar los procedimientos establecidos para conseguir un fin, dirección o resultado establecido en dicho lineamiento; el personal de enfermería debe realizar un registro escrito acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta el estado físico, mental, emocional, así como la evolución de la enfermedad y los cuidados.</p>	<p>Es la utilización de las normativas legales y autorizadas por el consejo de salud pública que dan dirección a la forma de realizarlos registros elaborados por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente.</p>	<p>Componentes Técnicos legales de las notas de Enfermería</p> <p>Características de la nota de enfermería.</p> <p>Información esencial de las notas de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha • Hora • Contenido • Firma • Sello según JVPE • Es clara, concreta y precisa. • Describe en forma cefalocaudal. • Uso de tinta • Utiliza lenguaje técnico. • No Abreviaciones. • Describe aspectos relevantes del paciente. • Anotaciones de seguimiento. • Registra acontecimientos relevantes reacciones alérgicas, transfusiones

				sanguíneas, curación y otros)
--	--	--	--	-------------------------------

CAPITULO IV.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Para la investigación se utilizó los siguientes tipos de estudio los cuales sirvieron como guía para la planificación y ejecución de la misma los cuales según la naturaleza de la investigación permitió el alcance de los objetivos y la comprobación de hipótesis.

- 4.1.1. Descriptivo: el estudio permitió obtener datos que describieron la situación en estudio y de la variable en estudio el cual es la aplicación de los registros en enfermería.
- 4.1.2. Transversal: porque permitió conocer los hechos en un momento dado, haciendo un corte en el tiempo debido a que se estudió la variable en un período comprendido de Noviembre- Diciembre del 2017, sin hacer seguimiento posterior del comportamiento de las variables.
- 4.1.3. Prospectivo: El estudio fue prospectivo debido a que se estudió la variable en tiempo presente, teniendo como población los expedientes activos en los de servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se realizó en el Hospital Nacional San Rafael ubicado Carretera Panamericana 15, Santa Tecla, El Salvador siendo ésta una institución de Salud de segundo nivel de complejidad el cual ofrece servicios a los pacientes de bajo, mediano y alto riesgo. Es un hospital de segundo nivel de atención, es decir un hospital general que atiende tanto adultos como a niños. El hospital brinda atención de manera gratuita brindando atención a un aproximado de 600 pacientes al día, ofertando con varias unidades como son: servicio de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Gineco- Obstetricia, Ortopedia, UCI, Sala de Operaciones Consulta Externa, Emergencia y Bienestar.

4.3. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.3.1. Universo.

El universo fue un total de 210 recursos de enfermería que se desempeñan en el hospital San Rafael, además 288 usuarios hospitalizados para el cual tiene capacidad el Hospital Nacional San Rafael. Por lo cual se tuvo como universo todos los expedientes clínicos correspondientes a este número según capacidad del hospital.

4.3.2. Población.

La población fue de 80 expedientes clínicos correspondiente a la capacidad instalada de ambos servicios de investigación, 12 expedientes corresponden a UCI y 68 a Neonatología.

Servicio	Recursos de enfermería por servicio	Capacidad instalada de los servicios.
UCI	12	12
Neonatología	24	68
Total	36	80

4.3.3. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 108 expedientes clínicos ya que por cada enfermera de cada uno de los servicios se seleccionaron 3 expedientes.

4.3.3.1 Muestreo

Para el estudio se aplicó el muestro no probabilístico casual o accidental, ya que se decidió tomar como muestra los primeros tres expedientes clínicos de usuarios asignados a los recursos que laboran en los servicios de investigación.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.4.1 Criterios de inclusión

- a) Expedientes clínicos en los que se haya registrado información el día de la toma de datos.
- b) Expedientes clínicos activos en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.

4.4.2 Criterios de exclusión

- a) Expedientes clínicos de pacientes dados de alta el día de la recolección de datos.
- b) Expedientes que se encuentren en procedimientos especiales durante la recolección de datos.
- c) Expedientes clínicos que se encuentren foliados bajo investigación.
- d) Expedientes de pacientes de Bienestar Magisterial.

4.5 . MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

4.5.1. Métodos.

Para realizar la investigación y que esta lograra los objetivos planteados se siguieron una serie de métodos que sirvieron como guía.

Los métodos a utilizar fueron:

Método hipotético deductivo.

Este permitió identificar como se realizó el registro en el expediente clínico, esto ayudo a comprobar si se realizó el registro del cuidado correctamente y si aplican los lineamientos

legales según el Consejo Superior de Salud Pública para la elaboración de las notas de enfermería.

Método de análisis

Este método nos permitió llevar una secuencia lógica, sistematizada y coherente garantizando así, un proceso investigativo de calidad y rigidez científica que permitió estudiar la aplicación por parte del personal en sus registros de enfermería.

Método de síntesis.

Este método permitió presentar la totalidad de las partes reunidas por la configuración de sus redes de relación entre sí, esto dio vida a los datos encontrados y facilitó la comprobación de Hipótesis.

Método científico.

Permitió orientar el proceso de la investigación y poner a prueba las hipótesis utilizando el instrumento y la técnica de investigación, mediante la aplicación de un proceso sistemático y ordenado.

Método estadístico

Se logró a través del método porcentual, facilitando la organización, análisis e interpretación de datos. Esto se realizó mediante la utilización de la media aritmética para proporcionar un porcentaje a los datos recolectados

4.5.2. Técnica

Para la ejecución de la investigación se aplicó la siguiente técnica:

4.5.2.1. Observación.

Esta técnica permitió obtener de primera mano si el personal de enfermería realiza correctamente los registros de sus cuidados diarios en el expediente clínico.

4.5.3 Instrumento.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el siguiente:

4.5.2.2. Lista de Cotejo:

La lista de cotejo (Ver anexo N° 3), consto de tres partes, en las cuales se observó si en los expedientes clínicos se aplica correctamente el registro en la hoja de cuadrícula de signos vitales, indicaciones médicas y las notas de enfermería, cada una basada en los indicadores de la investigación para poder medir la variable en estudio.

4.6 . PROCEDIMIENTOS

4.6.1. Prueba Piloto

Se realizó coordinaciones con autoridades del Hospital Nacional San Rafael, con el objetivo de solicitar los permisos de cada uno de los servicios que serán las áreas de estudio.

Se ejecutó la prueba piloto de la lista de cotejo lo cual permitió verificar la confiabilidad y utilidad del instrumento en la tercera semana del mes de noviembre en la cual se tomó como muestra significativa al 10%, teniendo un total de 4 expedientes clínicos de usuarios asignados al personal que labora en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael, realizada por la BR. Crisia Angelica Pinto Girón en jornada única, en donde se tomó como muestra un expediente clínico por recurso, es decir la prueba piloto se realizó con cuatro expedientes clínicos.

En la realización de esta prueba se encontraron fallas en el instrumento de recolección de datos por lo que se realizó modificación de diseño, en el primer apartado sobre la aplicación del manejo de la hoja de signos vitales en el número 5,7 y 14, se decidió eliminar dichos criterios de observación debido a que el formato en hoja de signos vitales en el hospital no lo contempla.

Además, en el mismo apartado en los numerales 8 y 15 los cuales son días de operado y registro de fecha de procedimientos especiales (cirugía, colocación de sonda Transuretral y catéter venoso central) respectivamente, en la prueba piloto se dio como resultado que

según el estado del paciente este no amerita procedimientos especiales, por lo tanto, se podrían encontrar expedientes que no cumplan con este indicador por el estado mismo y tratamiento del paciente, no por el hecho del registro incorrecto, también se dividió los numerales 18, 22, 24 del romano III que hace referencia a las notas de enfermería, ya que estas pueden o no cumplirse en su totalidad por lo tanto al dividir las se pudieron evaluar por separado especificando su cumplimiento o no.

4.6.2. Plan de Recolección de datos.

Organización para la recolección de la información.

Servicio.	Estudiantes	Estudiantes egresados de licenciatura en enfermería					Total
		Fecha y números de instrumentos					
		Mes de Noviembre					
		Lunes 13	Martes 14	Mierc.15	Jueves16	Viernes17	
Unidad de Cuidados Intensivos	Susana Guerra	7	7	7	7	8	36
Unidad de Cuidados Intensivos	Crisia Pinto	7	7	7	7	8	36
Neonatología	Astrid Ticas	7	7	7	7	8	36
Total		21	21	21	21	24	108

La recolección de la información se realizó previa coordinación con las autoridades del Hospital Nacional San Rafael y las autoridades de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Cuarta semana del mes de noviembre del 2017, procurándose que quedara cubierto el 100% de los 108 expedientes clínico.

4.6.3. Plan de Procesamiento de datos.

Se realizó la tabulación de datos utilizando la siguiente matriz de frecuencia simple:

Cuadro N° _____

Nombre o Título _____

Título:

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Total		

Dónde:

Título: nombre asignado al cuadro de acuerdo a las interrogantes.

Alternativa: fueron los indicadores observados a través de la lista de cotejo.

Frecuencia: fue el número de veces que se repite un dato.

Porcentaje: La cuantificación porcentual multiplicando la frecuencia por cien dividida entre la población encuestada.

Total: Dato final de la cuantificación de respuestas.

$$\% = \frac{\text{Fr} \times 100}{\text{N}}$$

N

En donde su fórmula significa:

%: porcentaje

Fr: frecuencia.

X100: por cien

N: población.

4.6.4. Plan de análisis e interpretación de datos.

Se procedió a realizar el análisis e interpretación de cada uno de los datos obtenidos y asociados según la variable estudiada los cuales sirvieron de base para el análisis de resultados.

4.6.5. Comprobación de hipótesis.

Se utilizó las medidas de tendencia centrales, en caso específico la Media Aritmética que es el valor resultante que se obtiene al dividir la sumatoria de un conjunto de datos sobre el número total de datos. Solo es aplicable para el tratamiento de datos cuantitativos; para determinar si existe suficiente evidencia en la muestra de datos.

Para ello se utilizó la media aritmética porcentual la cual se aplicó la siguiente formula:

$$\tilde{x}\% = \frac{\sum xi\%}{N}$$

Dónde:

$\tilde{x}\%$ = media aritmética porcentual.

\sum = sumatoria de datos

$Xi\%$ = frecuencia porcentual

N = total de alternativas tomadas para la verificación de hipótesis.

Se realizó la aceptación de las hipótesis si al realizar la formula anterior con los datos recogidos el porcentaje final es de 90% o más, según los planteado en las hipótesis.

Se realizó el rechazo de la hipótesis si al realizar la fórmula planteada el porcentaje final es menos del 90%, en este caso también se aceptará la hipótesis Nula.

Se utilizó el siguiente cuadro para el vaciamiento de los datos en las hipótesis N°1 y N° 2

Cuadro N°

Hipótesis N°

N°	Indicador	Resultados			
		Aplicación Correcta		Aplicación Incorrecta	
		Fr	%	Fr	%
Total					

Fuente:

Donde se entenderá lo siguiente:

-Hipótesis: se refiere al nombre de la hipótesis a comprobar.

- Resultado: son las opciones de lo que se puede observar.

-Aplicación Correcta se entenderá cuando: se cumpla con todos los indicadores establecidos en la investigación.

- Aplicación Incorrecta se entenderá cuando: no se cumpla con todos o algunos de los indicadores establecidos en la investigación.

- No Aplica Indicador: hará referencia al indicador cumplimiento de interconsultas ya que no a todos los pacientes se les indica interconsulta por su mismo estado y tratamiento, este indicador no se tomará en cuenta para la comprobación de hipótesis.

Para la hipótesis Numero 3 se utilizó el siguiente cuadro:

Cuadro N°

Hipótesis N°

N°	Indicador	Resultado			
		Lo Aplican		No lo Aplican	
		Fr	%	Fr	%
Total					

Fuente:

Donde se entenderá lo siguiente:

- Hipótesis: se refiere al nombre de la hipótesis a comprobar.
- Resultado: son las opciones de resultados de aplicar o no los lineamientos legales.
- Lo Aplican se entenderá como: el personal de enfermería aplica todos los lineamientos establecidos por el consejo superior de salud pública a realizar las notas de enfermería.
- No lo Aplican se entenderá como: el personal de enfermería no aplica todos o algunos de los lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública a realizar las notas de enfermería.

4.7. MARCO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

El accionar de todo profesional de enfermería tiene como base la ética, la cual juega un papel importante en la investigación. Para la ejecución de la investigación se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos que fueron aplicados al realizar la investigación, debido a que se debe respetar derechos, valores y principios; es por eso que en esta investigación sobre Aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de Noviembre a Diciembre del año 2017, se tomaron en cuenta tres principios éticos aplicados a la investigación, los cuales son: Beneficencia y No Maleficencia, respeto a la Dignidad Humana y Justicia.

En el Principio de Beneficencia y No Maleficencia se refiere a que fomenta la actitud a evitar la realización de acciones que causan daño al usuario, familia y comunidad, por tal motivo en la investigación se estudiaron concretamente los expedientes de los pacientes ingresados en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, mediante la técnica de observación se revisó específicamente la cuadrícula de signos vitales, la hoja de indicaciones médicas y las notas de enfermería según los indicadores en estudio, con este principio se garantizó que la información obtenida fuera confidencial no utilizando datos específicos del usuario y su familia, por lo cual con este principio ético no perjudico a los usuarios sino que se obtuvo beneficio ya que se logró describir como se registran los cuidados que realiza el personal de enfermería.

En cuanto al principio del respeto a la Dignidad Humana se fundamenta la actitud receptiva que permite valorar los sentimientos, opiniones, individualidad y el carácter único de la persona, familia y comunidad, fomentando la autoestima y autoimagen, permitiendo así obtener información específica de acuerdo a lo establecido en la lista de cotejo sin obtener información personal de la historia clínica del paciente.

De acuerdo al principio de Justicia se refiere dar a cada persona lo que se le debe según su derecho, sin distinción de posición económica, social o cualidades personales, con lo cual

durante la recolección de datos se eligieron de manera casual o accidental los expedientes de los primeros tres usuarios asignados a cada enfermera, ya que todos los pacientes tenían la misma probabilidad de ser asignados sin importar su patología, posición económica, raza y religión, se respetó la integridad de los pacientes no obteniendo información personal que los perjudicara, este principio va íntimamente relacionado con el principio del respeto a la Dignidad Humana.

Estos principios se tomaron en cuenta durante el desarrollo de la investigación, Al momento de la recolección de la información se aplicó el principio de Beneficencia y No Maleficencia y el Respeto a la Dignidad Humana, al momento de la tabulación análisis e interpretación de la información se aplicó el principio de Justicia

CAPITULO V

5.1 PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

I. Aplicación correcta del registro en la Hoja de Signos Vitales del Expediente Clínico.

Cuadro N° 1

Registro del nombre completo del usuario.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	104	96%
No	4	4%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

Según los datos planteados anteriormente, el 96% de los registros en la hoja de signos vitales refleja el registro correcto del nombre completo del usuario, mientras que el 4% muestra que el nombre del usuario no está escrito completamente. Según los elementos que contiene la hoja de constantes vitales establecida en el Hospital Nacional San Rafael, el nombre del usuario es una parte esencial en el expediente clínico, debido a que en el hospital existen muchos pacientes ingresados con nombres iguales y solo cambia un apellido, por lo cual es importante que se registre el nombre completo para poder distinguir al usuario.

Cuadro N° 2

Anotación del registro del paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	100%
No	0	0%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

De acuerdo a los datos anteriores, el 100% de los expedientes clínicos reflejan la anotación del registro del paciente. Evidenciándose el cumplimiento de las anotaciones del registro clínico, permitiendo mantener datos sobre la historia clínica anterior y actual del usuario. Además de evitar confusiones entre pacientes con el mismo nombre, teniendo en cuenta que el registro clínico es único para cada paciente.

Cuadro N° 3

Anotación de la edad del paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	99%
No	1	1%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

Según los datos anteriores, el 99% de los expedientes clínicos reflejan que se realiza el registro correcto de la edad del paciente, mientras que en el 1% no se efectúa. En los servicios de hospitalización es importante que se registre la edad del paciente, en neonatos se toma en cuenta la edad según la semana gestacional para priorizar la atención y cuidados a brindar, en la UCI se toma en cuenta la edad para brindar cuidados especializados e individualizados a los pacientes críticos.

Cuadro N° 4

Anotación del servicio de Hospitalización.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	98%
No	2	2%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En cuanto a los datos anteriores, el 98% de los expedientes clínicos reflejan que se realiza correctamente el registro del nombre del servicio de hospitalización en la hoja de signos vitales y que solamente el 2% no lo aplica correctamente. Es importante mencionar que el correcto registro del servicio permite evitar confusiones entre pacientes que se le realizan procedimientos especiales, interconsultas dentro o fuera del hospital, por tal motivo es importante que se registre el servicio de hospitalización al que pertenece el paciente.

Cuadro N° 5

Fecha de ingreso del paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	100%
No	0	0%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

Los datos anteriores reflejan que en el 100% de los expedientes clínicos el personal de enfermería registró correctamente la fecha de ingreso del paciente en la hoja de signos vitales, esto permite conocer específicamente el día de ingreso del usuario, llevar un control de tratamientos y evolución del paciente, esto hace referencia a los días de estancia hospitalaria.

Cuadro N° 6

Anotación de los días de estancia hospitalaria del paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	100%
No	0	0%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En cuanto a los datos anteriores, el 100% de los expedientes clínicos reflejan que si se registra correctamente los días de estancia hospitalaria del paciente. Esto es importante porque permite ver la efectividad de los medicamentos, además de los costos de hospitalización, dieta, tratamiento que cubre el Estado.

Cuadro N° 7

Anotación del registro del pulso.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	98%
No	2	2%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 98% de los expedientes clínicos reflejan que el personal de enfermería registró correctamente el pulso, mientras que el 2% no cumple con dicho registro. Esto permite conocer las variaciones del pulso que tiene el paciente y así actuar de manera oportuna en su cuidado y tratamiento.

Cuadro N° 8

Anotación del registro de la temperatura.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	99%
No	1	1%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En cuanto a los datos reflejados, el 99% de los expedientes clínicos reflejan que el personal de enfermería registró correctamente la temperatura en la hoja de signos vitales, el 1% restante no cumple con dicho registro. Como lo plantea Vilma Esther V en la norma para el expediente clínico en el ISSS segunda edición, el registro de la temperatura es de vital importancia ya que se permite conocer el momento preciso en que el paciente presenta una elevación de la temperatura corporal. En caso de los neonatos es un registro riguroso debido a las complicaciones potenciales que esto presenta, se debe registrar en el momento preciso para cumplir intervenciones de enfermería oportunamente.

Cuadro N° 9

Anotación de la Presión Arterial.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	12%
No	95	88%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En el 12% de los expedientes clínicos se observó que si se registra correctamente la Presión Arterial en la hoja de signos vitales por parte del personal de enfermería, el 88% no cumple dicho registro. La Presión Arterial es un signo vital que debe ser registrado de manera verídica y oportuna para brindar al paciente un cuidado de calidad. En el caso de Neonatos no se lleva un registro adecuado ya que en el área de Aislados y bajo riesgo no se cuentan con monitores por la estabilidad de los bebés, sin embargo en las áreas de Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos Neonatales si se cuentan con monitores especializados, sin embargo no se refleja el registro de esta en la cuadrícula de Signos Vitales sino que se refleja en la hoja de signos vitales del médico.

Cuadro N° 10

Anotación de los líquidos orales.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	64%
No	39	36%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

Según los datos anteriores, el 64% de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple correctamente con la anotación de los líquidos orales en la hoja de signos vitales, el 36% no cumple con la anotación. En el libro Técnicas Básicas de enfermería, se menciona que “Cada centro hospitalario diseña los modelos o formatos más acordes a los servicios a los que va destinada, dentro del área de neonatos se utiliza como hoja anexa denominada CLAP.OPS/OMS-ENFERMERIA NEONATAL (ver anexo N°2) en donde se registran también las constantes vitales, el aporte oral y evacuaciones, las cuales se tomarán como parte de la hoja de Temperatura y Pulso, sin embargo es importante registrar la cantidad de líquido que el paciente consume a diario ya que sirve como parámetro para el control de las entradas y salidas.

Cuadro N° 11

Anotación de vómitos del paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	62%
No	41	38%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En relación a los datos anteriores, el 62% de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con la anotación de vómitos en la hoja de signos vitales, en el 38% no se registró los vómitos presentados en el paciente. Dentro del área de naonatos se utiliza como hoja anexa denominada CLAP.OPS/OMS-ENFERMERIA NEONATAL (ver anexo N°2) en donde se registran también las constantes vitales, el aporte oral donde a su vez se describe si durante la ingesta de formula el neonato presenta vomito como es su aspecto y la cantidad de veces que lo efectúa. En el caso del adulto en estado delicado se debe llevar el control en la hoja de signos vitales por el hecho que se lleva balance hídrico.

Cuadro N° 12

Anotación de Evacuaciones del paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	64%
No	39	36%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 64% de los expedientes clínicos muestran que si se registran las evacuaciones en la hoja de signos vitales, en el 36% no se registra. Dentro del área de neonatos se utiliza como hoja anexa denominada CLAP.OPS/OMS-ENFERMERIA NEONATAL (ver anexo N°2) en donde se describe el número de cámaras y la consistencia que tienen, las cuales se tomarán como parte de la hoja de Temperatura y Pulso. En el caso del paciente delicado en UCI se debe tomar en cuenta el número de cámaras efectuadas por el paciente ya que por ser pacientes en estado de reposo prolongado se les dificulta efectuar evacuaciones.

II. Aplicación correcta del registro del cumplimiento de las indicaciones médicas en el expediente clínico.

Cuadro N° 13

Registro del cumplimiento de dieta.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	99%
No	1	1%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 99% de los expedientes clínicos en estudio refleja que se registra el cumplimiento de dieta, mientras que en el 1% no se registró. Se debe registrar el cumplimiento de la dieta asignada al paciente, esto permitirá que el médico verifique que el usuario ingiere su dieta, a su vez permite conocer la hora de la última ingesta en caso que el usuario requiera de seis horas o más de ayuno para procedimientos especiales e interconsultas. Además en caso de adultos y Neonatos permitirá valorar el grado de tolerancia a la vía oral y servir como parámetro para reportar al médico y este indique el cambio o la suspensión de dieta.

Cuadro N° 14

Registro del cumplimiento de toma de signos vitales.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	104	96%
No	4	4%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 96% de los expedientes en estudio refleja que se ha registrado el cumplimiento de toma de signos vitales, mientras que en el 4% no lo registra. Es importante mencionar que los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Se debe observar, medir y vigilar los signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico. Al registrar el cumplimiento de signos vitales se cumple con una de las actividades dependientes según funciones, esto permitirá mostrar su cumplimiento y podrá revisar cambios en los parámetros en la hoja de signos vitales.

Cuadro N° 15

Registro de cumplimiento de cuidados específicos de cada patología.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	98%
No	2	2%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 98% de los expedientes clínicos refleja que se registra el cumplimiento de cuidados específicos al usuario de acuerdo a cada patología, el 2% no se aplica. Se debe registrar el cumplimiento de los cuidados específicos indicados, esto es parte de las intervenciones dependientes que se debe realizar y registrar oportunamente para brindar un cuidado de calidad, así evita complicaciones potenciales que ponga en riesgo la integridad del usuario.

Cuadro N° 16

Registro de toma de exámenes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	86%
No	15	14%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

De acuerdo a los datos anteriores, el 86% de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con el registro de toma de exámenes, mientras que en el 14% no se aplica. Se debe tomar y reportar los exámenes de laboratorio ya que estos reflejan la mejoría o no del paciente y ayudan a la continuación o cambio del tratamiento.

Cuadro N° 17

Anotación de la hora de cumplimiento de medicamentos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	100%
No	0	0%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 100 % de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con la anotación de la hora de cumplimiento de medicamentos en la hoja de indicaciones médicas. Las indicaciones médicas comprenden las decisiones terapéuticas que emanan del profesional de Medicina, las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y deben ser acatadas por el resto del equipo de salud. Estas indicaciones comprenden desde decisiones terapéuticas sencillas (baño en cama, medición de constantes vitales, etc.) hasta otras más complejas como lo es la administración de medicamentos. Dentro del cumplimiento de los registro se encuentran las Intervenciones Dependientes, que se basan en las intervenciones, prescripciones, órdenes o indicaciones escritas de otro profesional de la salud, como ejemplo la administración de Medicamentos siendo esta una de las tareas más complejas y de alguna manera demanda más atención y responsabilidad de parte del profesional, como se cita en el artículo 144 del código penal sobre las lesiones muy graves en el inciso cuatro el cual plantea; en caso de enfermedad que pusiere en grave peligro la salud de la persona, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

Cuadro N° 18

Anotación de iniciales del personal de enfermería que cumple el medicamento.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	100%
No	0	0%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 100 % de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con la anotación de iniciales del personal de enfermería que cumple el medicamento en la hoja de indicaciones médicas. Según como lo plantea Vilma Esther V, en la norma para el expediente clínico en el ISSS segunda edición, para registrar el cumplimiento de indicaciones, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas, este evitará problemas legales.

Cuadro N° 19**Anotación del cumplimiento de interconsultas.**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	45%
No	21	19%
No aplica	39	36%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

Según los datos anteriores, el 45% de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con la anotación del cumplimiento de interconsultas, mientras en el 19% no se registró y el 36% no aplica debido a que no todos los pacientes tienen indicadas interconsultas. Se debe registrar si se realizó o no las interconsultas con los diferentes especialistas indicado según el estado del paciente. Esto se considera una intervención Interdependiente que son las que se realiza en colaboración con otro profesional de la salud (medico, nutricionista, fisioterapeuta, anestesista, etc.), son también las que ofrecen solución a un problema interdependiente, mediante el razonamiento y las recomendaciones de todo el equipo de salud. Se considera importante que se registre debido a que permitirá verificar el estado de salud del usuario según el resultado obtenido y así tomar decisiones en base a ellos.

Cuadro N° 20**Registro del reporte de exámenes.**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	95	88%
No	13	12%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

De acuerdo a los datos anteriores, el 88% de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con el registro del reporte de exámenes, mientras en el 12% no se refleja. Se debe reportar oportunamente al médico los resultados de los exámenes del paciente ya que estos reflejan la mejoría o no del paciente y ayudan a la continuación o cambio del tratamiento. Además permite afirmar la toma de exámenes y evita que se tomen nuevamente.

III. Cumplimiento de los lineamientos legales establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de la elaboración de las notas de enfermería.

Cuadro N° 21

Anotación de la fecha y hora de las notas de Enfermería.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	99%
No	1	1%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En cuanto a los datos anteriores, el 99 % de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con la anotación de la fecha y hora de las notas en la hoja de registros de Enfermería, en el 1% no se cumple con la anotación. El objetivo de las notas de enfermería es llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona, dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona, servir como instrumentos de información en el campo de la salud como documentos científico legal, ya que según el lineamiento de las notas de Enfermería del Consejo Superior de Salud Pública establece que es un documento legal que sirve como medio probatorio en un proceso administrativo sancionatorio.

Los componentes técnico legales de las notas de enfermería deben contener fecha, contenido con base al lineamiento, firma, sello según registro de JVPE y hora exacta según la acción realizada.

Cuadro N° 22**Características de las notas de Enfermería.**

Alternativa Características	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
Claridad	67	62%	41	38%	100%
Concreta	105	97%	3	3%	100%
Precisión	106	98%	2	2%	100%
Cefalocaudal y con orden lógico	107	99%	1	1%	100%
Total		356% / 4		44% / 4	
Total porcentual		89%		11%	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 62% de los expedientes clínicos refleja que existe claridad en cuanto a la elaboración de las notas de enfermería, el 38% no cumplen dicha característica, sino posee una buena caligrafía, debería utilizar letra de imprenta, realizar anotaciones correctas ortográficamente y gramaticalmente. En total el 89% de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con el registro de las características de las notas de Enfermería y el 11% no cumplen con dichas características establecidas en el lineamiento de las notas de Enfermería establecidas por el Consejo Superior de Salud Pública. Según como lo cita la licenciada Rosana Tessa, en el artículo denominado registros de enfermería, sobre las consideraciones a tener en cuenta cuando se registra, deben ser escritos en forma objetiva es decir sin prejuicios o juicios de valor u opiniones personales sobre el paciente, deben ser precisos completos y fidedignos, deben anotarse en forma clara, concisa y en términos cuantificables. Deben tener simultaneidad, es decir escribirse acompañando lo que se realizó y no dejarlo para el final del turno. La realización correcta de los registros puede ser nuestra mejor defensa en caso de un problema legal. Para que un registro se considere

de calidad debe ser eficaz, efectivo y eficiente, deben servir para evaluar cómo se brinda la asistencia y se da respuesta a las necesidades de los pacientes.

Cuadro N° 23

Utilización de lenguaje técnico de las notas en la hoja de registros de Enfermería.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	99%
No	1	1%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

De acuerdo a los datos anteriores, el 99 % de los expedientes clínicos reflejan que si se utiliza el lenguaje técnico de las notas en la hoja de registros de Enfermería, el 1% no contiene un lenguaje técnico. Según el Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador (CSSP), las notas de enfermería deben poseer componentes técnicos legales, en el que cabe destacar el apartado del tipo de lenguaje, así se logra evitar confusión y malos entendidos a la hora de describir al paciente.

Cuadro N° 24**Utilización de abreviaciones de las notas en la hoja de registros de Enfermería.**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	83%
No	18	17%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En cuanto a los datos anteriores, el 83 % de los expedientes clínicos reflejan que si se cumple con la no utilización de abreviaciones de las notas en la hoja de registros de Enfermería, 17% no cumple con la no utilización de abreviaciones. Como se plantea en los componentes técnicos legales de las notas de enfermería, se debe evitar cualquier tipo de abreviaciones ya que en ocasiones existen abreviaturas que tienen otro significado, que puede dar lugar a confusiones, interpretaciones legales en caso de auditoría.

Cuadro N° 25**Contenido de firma de las notas en la hoja de registros de Enfermería.**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	98%
No	2	2%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 98 % de los expedientes clínicos reflejan que si cumple con el contenido de firma de las notas en la hoja de registros de Enfermería, el 2% no cumple con el contenido de la firma. Según los componentes técnicos legales de las notas de enfermería estas deben contener la firma en la parte inferior derecha, colocando la firma por encima del sello autorizado por la JVPE.

Cuadro N° 26

Distribución porcentual sobre la utilización del sello con número de junta de vigilancia.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	103	95%
No	5	5%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En el 95 % de los expedientes clínicos se refleja que si se cumple con la utilización del sello con número de junta de vigilancia en la hoja de registros de Enfermería, el 5% no cumple con la utilización del sello. Según los componentes técnicos legales de las notas de enfermería esta deben contener el sello autorizado por la Junta de Vigilancia de los Profesionales de Enfermería, debe colocarse al final de la nota por debajo de la firma. Según el código de salud en cuanto a las infracciones menos graves se encuentran reguladas a partir del artículo 285, citan que mandar a elaborar el sello de profesional sin la autorización correspondiente de la Junta respectiva o del Consejo Superior de Salud Pública.

Cuadro N° 27

Descripción de aspectos relevante del estado de paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	98%
No	2	2%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 98 % de los expedientes clínicos reflejan que si cumple con la descripción de aspectos relevante del estado de paciente en la hoja de registros de Enfermería, el 2% no describe aspectos relevantes del paciente durante el turno. El objetivo de las notas de enfermería es llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona, dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermería brindados, registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona, servir como instrumentos de información en el campo de la salud como documentos científico legal, estudios de investigación.

Cuadro N° 28

Utilización de tinta según lineamiento y según turno en la hoja de registros de Enfermería.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	107	99%
No	1	1%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

En relación a los datos anteriores, el 99 % de los expedientes clínicos reflejan que si cumple con la utilización de tinta según lineamiento y según turno en la hoja de registros de Enfermería, el 1% no cumple con el color de la tinta correspondiente. Todas las anotaciones de Enfermería sobre el estado del paciente se realizan con tinta azul en turno de día y en turno nocturno será de tinta roja, de forma que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios, las anotaciones han de ser legibles, y que se entienda con facilidad.

Cuadro N° 29

Realización de anotaciones de seguimiento durante el turno.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	86%
No	15	14%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

El 86% de los expedientes clínicos reflejan que si cumple con la realización de anotaciones de seguimiento durante el turno, el 14% no cumple con las anotaciones de seguimiento. Las notas de enfermería es una descripción de la información y una nota cronológica registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo la nota cronológica registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo. Debido a que esto respalda el accionar del personal de enfermería durante el turno.

Cuadro N° 30**Descripción de acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curación y otros).**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	97%
No	3	3%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

De acuerdo a los datos anteriores el 97% de los expedientes clínicos reflejan que si cumple con la descripción de acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curación y otros), en la hoja de registros de Enfermería, el 3% no describe aspectos relevantes del paciente durante el turno. Se debe realizar anotaciones que contengan condición general del paciente, tomando en cuenta su estado físico, emocional, reacción a medicamentos y tratamientos, condición de higiene y cuidados prestados, observaciones objetivas y subjetivas, efectividad de ciertos cuidados, medicamentos, tratamientos y procedimientos, enseñanza impartida, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje. De acuerdo a las características de las notas de enfermería, se debe evaluar la eficacia de cada intervención de enfermería hospitalaria, acciones realizadas por el medico (por ejemplo: acortamiento de un tubo de drenaje posoperatorio), visitas de miembros del equipo de salud, (consulta de médico, fisioterapeuta, trabajadora social, entre otros).

5.2 COMPROBACION DE HIPOTESIS

Ha1: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro en la Hoja de Signos Vitales.

Ho1: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro en la Hoja de Signos Vitales.

N o	El personal de enfermería registra en la hoja de signos vitales:	Resultados			
		Aplicación Correcta		Aplicación Incorrecta	
		Fr	%	Fr	%
1	Nombre Completo del Paciente	104	96%	4	4%
2	Registro del número de expediente.	108	100%	0	0%
3	Edad del usuario	107	99%	1	1%
4	Servicio de hospitalización	106	98%	2	2%
5	Fecha de Ingreso al servicio	108	100%	0	0%
6	Días de estancia Hospitalaria	108	100	0	0%
7	Registro de Pulso	106	98%	2	2%
8	Registro de Temperatura	107	99%	1	1%

9	Registro de Tensión Arterial	13	12%	95	88%
10	Registro de Líquidos Orales	69	64%	39	36%
11	Registro de Vómitos	67	62%	41	38%
12	Registro de Evacuaciones	69	64%	39	36%
Total			992%		208%

Aplicación del Método Estadístico

Aplicación Correcta

$$\tilde{x} \% = \frac{\sum x_i \%}{N}$$

$$\tilde{x} \% = \frac{992\%}{12}$$

12

$$\tilde{x} \% = 82.7\%$$

Aplicación Incorrecta

$$\tilde{x} \% = \frac{\sum x_i \%}{N}$$

$$\tilde{x} \% = \frac{208\%}{12}$$

12

$$\tilde{x} \% = 17.3\%$$

Según los datos obtenidos el 82.7 % de los expedientes clínicos se aplica correctamente el registro en la hoja de signos vitales, mientras que en un 17.3% se aplica incorrectamente el registro. Por lo tanto, se da por aceptada la hipótesis nula que el 90% de los expedientes clínicos no se aplica correctamente el registro en la hoja de los signos vitales.

Ha2: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro el cumplimiento de las indicaciones médicas

Ho2: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro el cumplimiento de las indicaciones médicas

N°	El personal de enfermería registra la indicaciones médicas:	Resultado			
		Aplicación Correcta		Aplicación Incorrecta	
		Fr	%	Fr	%
13	Dieta Hospitalaria	107	99%	1	1%
14	Toma de signos vitales	104	96%	4	4%
15	Cuidados específicos de cada patología	106	98%	2	2%
16	Toma de Exámenes	93	86%	15	14%
17	Contiene hora de cumplimiento de medicamentos	108	100%	0	0%
18	Coloca iniciales del personal que cumple con la indicación medica	108	100%	0	0%
19	Reporte de exámenes médicos.	95	88%	13	12%
Total			667%		33%

Aplicación del Método Estadístico

Aplicación Correcta

$$\tilde{x} \% = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$\tilde{x}\% = \frac{667\%}{7}$$

$$\tilde{x}\% = 95\%$$

Aplicación Incorrecta

$$\tilde{x} \% = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$\tilde{x}\% = \frac{33\%}{7}$$

$$\tilde{x}\% = 5\%$$

Según los datos obtenidos sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico se tiene que este se aplica de manera correcta en un 95%. Por lo tanto, se da por aceptada la Hipótesis de Trabajo y se rechaza la Hipótesis Nula, lo que establece que se aplica correctamente el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas, debido a que logra alcanzar más de lo establecido que es el 90% de aplicación correcta.

Ha3: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro de los lineamientos legales establecidos según el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de las anotaciones de enfermería en el expediente clínico.

Ho3: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro de los lineamientos legales establecidos según el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de las anotaciones de enfermería en el expediente clínico.

N°	Indicador	Resultado			
		Si Aplican		No Aplican	
		Fr	%	Fr	%
20	Contiene fecha y hora de registro	107	99%	1	1%
21	Características de las notas de enfermería	385	89%	47	11%
22	Utiliza lenguaje técnico.	107	99%	1	1%
23	No utiliza abreviaciones.	90	83%	18	17%
24	Contiene firma	106	98%	2	2%
25	Utiliza sello con número de junta de vigilancia	103	95%	5	5%
26	Describe aspecto relevante del estado de paciente.	106	98%	2	2%
27	Utiliza tinta según lineamiento y según turno	4	100%	0	0%
28	Realiza anotaciones de seguimiento	93	86%	15	14%

	durante el turno				
29	Se registran acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curaciones y otros).	105	97%	3	3%
	Total		944%		56%

Aplicación del Método Estadístico

Lo Aplica

$$\tilde{x} \% = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$\tilde{x}\% = \frac{944\%}{10}$$

$$\tilde{x}\% = 94.4\%$$

No Aplica

$$\tilde{x} \% = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$\tilde{x}\% = \frac{56\%}{10}$$

$$\tilde{x}\% = 5.6\%$$

Según los datos obtenidos sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en la hoja de Anotaciones de Enfermería del expediente clínico se tiene que en un 94.1% es aplicado correctamente los lineamientos establecidos por el CSSP, mientras que en un 5.6% no se aplica correctamente. Por lo que se da por aceptada la hipótesis trabajo y se rechaza la hipótesis de nula, debido a que se logra el 90% establecido.

5.3 ANALISIS GENERAL DE LOS RESULTADOS.

Los resultados de la investigación sobre aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería, que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, se obtiene que:

En cuanto a la variable sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en la hoja de signos vitales se obtuvo que en el 17.3% de los expedientes clínicos no se realizó el llenado correcto de la hoja, dentro de la cual se contempla el registro de pulso, temperatura, presión Arterial, líquidos orales brindados, numero de evacuaciones y vómitos. Se verificó que la presión arterial no se registró en un 88% lo cual dificulta la valoración del estado del paciente. Además, se identificó que en el 36% no se registró los líquidos orales, el 38% los vómitos y en el 36% las evacuaciones. Teniendo en cuenta que por ser áreas críticas se requiere un control riguroso de las constantes vitales ya que si no se registra correctamente dificulta la valoración del estado de recuperación del paciente. Es importante mencionar que en el área de neonatos se utiliza como hoja anexa denominada CLAP.OPS/OMS-ENFERMERIA NEONATAL (ver anexo N°2) en la que se registra también las constantes vitales, el aporte oral y evacuaciones, las cuales se toman como parte de la hoja de Temperatura y Pulso.

En relación al registro de las intervenciones dependientes, independientes e interdependientes en la hoja de indicaciones médicas se encontró en los expedientes clínicos que se realiza en un 95% el registro correcto, es importante referir que en las áreas estudiadas se encuentran usuarios en estado crítico que demandan atención especializada, oportunas, con -una carga de acciones de la más simple a la más compleja como es la administración de medicamentos.

En cuanto a la aplicación de los registros del cuidado en la hoja de Anotaciones de Enfermería del expediente clínico se tiene que en el 93.1% de los expedientes revisados que se aplican correctamente los lineamientos establecidos por el CSSP, debido a que el objetivo de realizar notas de Enfermería es describir las acciones ejecutadas, pendientes, evaluación y estado del usuario que permita a los profesionales de Enfermería dar seguimiento a atención de la salud de los usuarios, servir como instrumentos de

información en el campo de la salud como medio probatorio en un proceso administrativo sancionatorio.

Finalmente, en algunos expedientes en estudio se encontró que no se realizaban notas de seguimiento durante el turno, considerando que estas deben tener una descripción de la información del paciente y una cronología que registra los datos en secuencia a medida que se producen en el tiempo. Debido a que esto respalda el accionar del personal de enfermería durante el turno. Cabe mencionar que el Hospital Nacional San Rafael no cuenta con un lineamiento específico para la elaboración de las anotaciones de Enfermería.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Según los resultados obtenidos durante la investigación se concluye que:

6.1.1 Según la comprobación de la hipótesis N°1 se acepta la hipótesis nula en la cual se establece que el 90% de los expedientes clínicos no se aplica correctamente el registro en la hoja de signos vitales, el 82.7% lo aplica correctamente, pero es importante mencionar que el 17.3% de los expedientes clínicos no aplica de manera correcta los datos importantes durante la hospitalización de un paciente, la hoja de signos vitales no solamente debe utilizarse para graficar pulso y temperatura, esta contempla muchos más datos relevantes del paciente atendido y debe realizarse el registro diario y correcto de estos.

6.1.2 El registro del cumplimiento de las indicaciones médicas en el expediente clínico se realiza correctamente ya que el total de los expedientes clínicos colocan las iniciales y hora de cumplimiento de la indicación, ya sean éstas intervenciones de carácter dependiente e independiente o interdependiente, a pesar de ser áreas críticas y no contar con un manual de procedimientos actualizado.

6.1.3 Se identificó que en el total de expedientes clínicos se registra correctamente el cuidado realizado al paciente en las notas de enfermería, elaborándolas según el lineamiento establecido por el Consejo Superior de Salud Pública, debiendo mejorar las notas de seguimiento a cada uno de los usuarios, tomando en cuenta que en el 14% de los expedientes clínicos no se encontraba registrada.

6.2 Recomendaciones:

6.2.1 Al Departamento de Enfermería del Hospital Nacional San Rafael.

Debido a que en la revisión bibliográfica efectuada durante la investigación no se encontraron lineamientos específicos del hospital, se recomienda que trabajen los manuales existentes para regular el accionar de enfermería y realizar con eficacia las funciones establecidas en su cargo.

6.6.2 A Enfermeras Supervisoras de Áreas.

Realizar en conjunto con las jefas de servicios las supervisiones en los expedientes clínicos para garantizar que presenten el llenado correcto de la hoja de Signos Vitales, ya que la información registrada en esta es de importancia para el cuidado del paciente.

Incluir en el Programa de educación continua el Programa Educativo sobre la Importancia de los Registros del Cuidado de Enfermería dirigido al personal de Enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

6.2.3 A enfermeras jefe de unidad.

Realizar retroalimentación sobre la importancia del llenado correcto de la hoja de signos vitales ya que esta contiene información importante y de relevancia para el cuidado y tratamiento del paciente. Considerando que dentro de los servicios se realizan algunos procedimientos especiales, también se debe registrar signos vitales en la hoja de balance hídrico además de las entradas y salidas de líquido; la hoja de signos vitales es la de referencia para conocer el estado y evolución del usuario durante el proceso de hospitalización.

6.3.4 Al personal de Enfermería de los Servicios en Estudio.

- Continuar realizando el registro de las intervenciones de enfermería en el expediente clínico ya sean estas de origen dependiente, independiente o interdependiente ya que es la manera de constatar el cuidado del paciente.

- Mantener una educación continua de los conocimientos participando en el Programa Educativo de educación continua sobre la Importancia de los Registros del Cuidado de Enfermería dirigido al personal de Enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.
- Describir el registro las intervenciones dependientes, independientes e interdependientes mediante las notas de seguimiento durante el turno en el expediente clínico, siendo estas la evidencia del accionar de enfermería tomando en cuenta que son una referencia del estado de salud y evolución del paciente.

6.2 Propuesta de Intervención

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS
DEL CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO AL PERSONAL DE
ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL.**

POR:

López Guerra, Susana Marinela

Pinto Girón, Crisia Angelica

Ticas Tobar, Reina Astrid

DOCENTE ASESORA

MSSR. Elsy Beatriz Henríquez de Guzmán.

INDICE

I.INTRODUCCION.....	.iii
II.JUSTIFICACION.....	.4
III.OBJETIVOS.....	6
IV.METAS.....	.7
V.GENERALIDADES DE LA PROPUESTA.....	.8
VI.METODOLOGIA.....	9
VII.PLANES EDUCATIVOS.....	10
VIII.PRESUPUESTO.....	17
IX.FUENTES DE INFORMACION.....	18

I. INTRODUCCION

El cuidado de enfermería no solamente compete las acciones o actividades físicas a través de procedimiento dirigidos al usuario, aunque estas son importantes, también el registro de cada una de ellas tiene gran relevancia ya que se deja constancia de dicha actividad realizada. Comenzando por la toma y registro de los signos vitales, ya que permite a la enfermera y al personal de salud establecer parámetros sobre el estado de salud en la que se encuentra el paciente al ser ingresado o durante sus días de hospitalización, el registro de los signos vitales es igual de importante que la toma de estos mismo ya que además de dejarse constancia de ellos sirve como medio de diagnóstico al visualizarse alguna anomalía o cambio de estos, de igual manera el registro de las indicciones médicas que se han cumplido y las que quedan pendientes ya que permite dejar por escrito al personal de turno el tratamiento cumplido al usuario para continuar con su cumplimiento según los horarios indicados. La nota de enfermería es en la cual la enfermera describe las actividades realizadas durante el turno y principalmente aquellas que considere relevantes.

La presente propuesta de intervención se ha elaborado con el propósito de fortalecer los conocimientos sobre la importancia del registro de enfermería en forma correcta, ya que son la referencia para conocer el estado evolutivo del usuario durante la hospitalización.

El documento está estructurado de la siguiente manera, contiene una justificación, en la que se especifica el propósito, beneficios de la intervención, generalidades del programa, la metodología didáctica para el desarrollo de las actividades, los planes educativos por jornada, presupuesto y finaliza con las fuentes de información consultadas.

II. JUSTIFICACION.

En los resultados estadísticos obtenidos durante la investigación sobre Aplicación de los Registros del Cuidado que realiza el personal de Enfermería, que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, en el periodo de noviembre a diciembre del año 2017 se obtuvo que en un 17.3% no realiza el registro correcto en dicha cuadrícula y un 82.7% si lo registra correctamente, por lo que se considera necesario realizar un programa que retroalimente la importancia del registro de enfermería correcto tomándose en cuenta el registro de las indicaciones médicas y las notas de enfermería, siendo beneficiados en primera instancia el usuario y el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

Dicho problema se considera relevante ya que los registros de la enfermera constituyen una herramienta valiosa como indicadores del estado funcional del paciente. La toma de los signos vitales no debe convertirse en una actividad autónoma o que por rutina debe realizarse. La determinación de los signos vitales tiene particular importancia en los servicios de cuidado crítico, donde llegan pacientes con gran variedad de diagnósticos clínicos. Así mismo el registro del cumplimiento de indicaciones médicas reflejan los procedimientos o tratamientos cumplidos y pendientes durante el turno.

La propuesta de intervención tiene como propósito fortalecer la importancia sobre el registro el cuidado que realiza la enfermera durante el turno, ya que estas al no ser escritas, o registrarse incorrectamente pueden provocar una doble medicación al usuario o en ultima instancia utilizarse como medio probatorio en caso judicial.

El programa sobre la importancia del registro de enfermería se podrá realizar ya que dentro de las funciones de cada jefatura de enfermería esta desarrollar la educación continua a su personal, quienes son apoyadas por las enfermeras supervisoras del departamento de enfermería para su ejecución, también se emplearán recursos básicos y accesibles que harán posible el desarrollo del programa la cual está al alcance del equipo de trabajo.

Los Beneficios serán en primer lugar los usuarios, porque permitirá registrar de forma completa sus datos para tener una mejor visión evolutiva de su salud, y en segundo lugar a el personal de enfermería ya que ayudará a retroalimentar conocimientos en el registro de los signos vitales, las indicciones médicas y las notas de enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Fortalecer conocimientos sobre la importancia de los registros del cuidado de enfermería por parte del personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael a través del programa educativo.

3.2 Objetivos Específicos:

- 3.2.1 Socializar con el personal los resultados obtenidos a través de la investigación sobre Aplicación de los Registros del Cuidado que realiza el personal de Enfermería, que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.
- 3.2.2 Incrementar conocimientos al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología sobre la importancia del registro de los Signos Vitales.
- 3.2.3 Explicar la importancia del registro de las intervenciones de enfermería en la hoja de Indicaciones Médicas al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.
- 3.2.4 Retroalimentar conocimientos sobre los lineamientos para la elaboración de las Notas de Enfermería según el Consejo Superior de Salud Pública al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

IV. METAS.

4.1 Que las jefaturas de los servicios en investigación implementen el Programa de Educativo sobre la Importancia de los Registros del Cuidado de Enfermería dirigido al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

4.2 Que el 100% del personal de enfermería conozcan los resultados obtenidos a través de la investigación sobre Aplicación de los Registros del Cuidado que realiza el personal de Enfermería, que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

4.3 Que un 100% del personal de enfermería fortalezca los conocimientos sobre la importancia del registro correcto y completo de los signos vitales.

4.4 Que un 100% del personal conozca la importancia del registro de las intervenciones de enfermería en la hoja de indicaciones de enfermería.

4.5 Que un 100% del personal fortalezca conocimientos sobre los lineamientos para la elaboración de las Notas de Enfermería según el Concejo Superior de Salud Pública.

V. GENERALIDADES DEL PROGRAMA.

A. Nombre del Programa.

Programa de Educativo sobre la Importancia de los registros del Cuidado de Enfermería dirigido al personal de Enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael.

B. Fecha de Ejecución.

Enero a Marzo del año 2018

C. Institución Responsable.

Hospital Nacional San Rafael.

D. Responsables.

Jefaturas de Enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.

E. Beneficiarios del proyecto.

- Usuarios hospitalizados.
- Personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

F. Generalidades de la Evaluación.

Posterior a la ejecución del programa se realizará evaluación de los resultados con los cual se verificará si se cumplió con el objetivo de la jornada.

VI. METODOLOGIA.

El programa de educación sobre la importancia del registro de los cuidados de enfermería se ejecutará en 4 jornadas, iniciando con la socialización de los resultados mediante técnicas expositivas y participativas.

En la segunda jornada se abordará la retroalimentación sobre la importancia del registro de signos vitales, utilizando técnica expositiva participativa mediante lluvia de ideas con preguntas dirigidas y un taller de llenado de dicha hoja.

La tercera jornada se abordará la importancia del registro de enfermería en la hoja de indicaciones medicas utilizando una técnica expositiva igualmente con lluvia de idea, teniéndose como propósito principal la creación de un protocolo para el llenado de dicha hoja según la realidad institucional.

La cuarta jornada se realizará el fortalecimiento de los conocimientos sobre los lineamientos para la elaboración de las notas según CSSP, utilizando una técnica participativa, haciendo énfasis en el registro de estos, realizando un estudio de caso.

VII. PLAN EDUCATIVO N°1

Responsables: Enfermeras Supervisoras y Jefas de Unidad.

Institución: Hospital Nacional San Rafael

Objetivo: Dar a conocer los resultados de la investigación sobre la aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería

Dirigido a: personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

Actividad	Objetivos o Respuestas Esperadas	Estrategias de Enseñanza Aprendizaje	Contenido	Tiempo	Materiales Didácticos	Evaluación
Socialización de los resultados de la investigación sobre la aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al personal sobre la propuesta como resultado de la investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositiva Participativa 	<p>Tema: aplicación de los registros del cuidado que realiza el personal de enfermería.</p> <p>Datos estadísticos de los resultados de la investigación.</p> <p>Análisis general de resultados.</p> <p>Conclusiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> 2 min. 5 min 10 min. 6 min. 7 min. 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón. 	<p>Se realizarán preguntas para conocer si comprendió la intervención educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mencione los puntos según la investigación que deben reforzarse al personal

PLAN EDUCATIVO N° 2

Responsables: Enfermeras Supervisoras y Jefas de Unidad. **Dirigido a:** personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

Institución: Hospital Nacional San Rafael

Objetivo: Incrementar conocimientos al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología sobre la importancia del registro de los Signos Vitales.

Actividad	Objetivos o Respuestas Esperadas	Estrategias de Enseñanza Aprendizaje	Contenido	Tiempo	Materiales Didácticos	Evaluación
Retroalimentación sobre la importancia del registro en la hoja de signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer la importancia de un buen registro de signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Participativa • Demostrativa. • Lluvia de ideas. • Trabajo de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de signos vitales. • Importancia de la hoja de S.V. • Toma de los signos vitales. • Socializar hoja de Signos Vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 min. • 10 min. • 10 min. • 5 min. • 30 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Cañón. • Lápiz Bicolor • Hoja de signos vitales. • Lapicero azul. • Lápiz. 	<p>Se realizarán preguntas para conocer si comprendió la intervención educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencione según su criterio cual es la

			<ul style="list-style-type: none">• Llenado de la hoja de Signos Vitales.	min.		<p>principal importancia del registro de los signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none">• El personal realizara el llenado de la hoja de signos vitales correctamente con cada uno de sus elementos.
--	--	--	---	------	--	---

PLAN EDUCATIVO N° 3

Responsables: Enfermeras Supervisoras y Jefas de Unidad.

Dirigido a: personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

Institución: Hospital Nacional San Rafael

Objetivo: Explicar la importancia del registro de las intervenciones de enfermería en la hoja de Indicaciones Médicas al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.

Actividad	Objetivos o Respuestas Esperadas	Estrategias de Enseñanza Aprendizaje	Contenido	Tiempo	Materiales Didácticos	Evaluación
Conocer la importancia del registro de las intervenciones de enfermería en la hoja de Indicaciones Médicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Socializar los elementos a registrar en la hoja de Indicaciones Médicas. • Elaborar una propuesta de protocolo sobre el registro de las indicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Participativa • Lluvia de ideas. • Demostrativa. • Taller 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de intervenciones dependientes, independientes e interdependientes. • Elementos a registrar. • Practica del llenado de la hoja de Indicaciones Médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10min. • 10min. • 30 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop. • Cañón. • Lapicero azul y rojo. • Hojas de indicaciones médicas. • Páginas de papel bon. 	<p>Se realizarán preguntas para conocer si comprendió la intervención educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencione la definición de los diferentes tipos de intervenciones.

	médicas.		<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los lineamientos para el registro de cumplimiento en la hoja de indicaciones médicas del Hospital Nacional San Rafael. 	<ul style="list-style-type: none"> • 90min 		<ul style="list-style-type: none"> • El personal habrá desarrollado al final de la jornada un lineamiento para el registro de cumplimientos de indicaciones en la hoja de signos vitales.
--	----------	--	---	---	--	--

PLAN EDUCATIVO N° 4

Responsables: Enfermeras Supervisoras y Jefas de Unidad.

Dirigido a: personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

Institución: Hospital Nacional San Rafael

Objetivo: Retroalimentar conocimientos sobre los lineamientos para la elaboración de las Notas de Enfermería según el Consejo Superior de Salud Pública al personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología

Actividad	Objetivos o Respuestas Esperadas	Estrategias de Enseñanza Aprendizaje	Contenido	Tiempo	Materiales Didácticos	Evaluación
Fortalecer conocimientos sobre los lineamientos para la elaboración de las notas.	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar el conocimiento sobre los lineamientos del CSSP para la elaboración de notas de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositiva Participativa Demostrativa. Estudio de Caso. 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de notas de enfermería. Orden de las notas de enfermería. Contenido de las notas de enfermería. Pautas de 	<ul style="list-style-type: none"> 10 min. 10 min 10 min 10 min. 10 min. 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop. Cañón. 	<p>Se realizarán preguntas para conocer si comprendió la intervención educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mencione el orden de los elementos en una nota de

			<p>escritura y redacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momentos para redactar las notas de enfermería. • Prohibiciones en las notas de enfermería. • Redacción de Notas de Enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 min. • 40min 		<p>enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciones las pautas de escritura y redacción mencionadas.
--	--	--	---	--	--	---

VIII.PRESUPUESTO.

Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
1	Termómetro	\$0.90	\$0.90
1	Resmas de papel bond	\$ 3.75	\$ 3.75
36	Folders	\$0.25	\$2.00
36	Lapiceros	\$ 0.15	\$ 0.90
36	Lápices	\$ 0.15	\$ 0.90
36	Lápices Bicolor	\$0.15	\$5.04
Total		\$5.35	\$13.49

IX. FUENTES DE INFORMACION.

1. Importancia de los signos vitales [internet], citado el 9/12/17. Disponible en www.corposalud.sena.blogspot.com
2. Signos Vitales y su Importancia [internet], citado el 9/12/17. Disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Signos-Vitales-y-su-Importancia/7118868.html>.
3. Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E, Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.iss.gov.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-iss...
4. Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San Salvador 2016[citado el 31 de Marzo de 2017] Disponible en cssp.gov.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf.

VII.FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Carmen Vargas-Cubero, María Aurelia Ruiz-Sánchez, Aspectos Legales de las notas de Enfermería, ISSN 1049 – 1992, Enfermería en Costa Rica 2003.
2. Marisol torres Santiago, Rosa Amarilis Zárata Grajales, Reyna Matus Miranda, Calidad de los registros de Enfermería, elaboración de un instrumento de evaluación, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Volumen 8; No. 1, Enero-Marzo 2011.
3. Quispe Aduvire Carmen, Nivel de aplicación del proceso de atención de Enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud micro red metropolitana San Pedro de Tacna, Perú, 2012
4. Tanya Rivera. Registros asistenciales, fundación universitaria del área andina. [Publicado el 12 de junio de 2011, citado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/tannya91/registros-de-enfermeria>.
5. Rosana Tessa. Registros de enfermería [internet] 18 de agosto de 2013 [citado el 31 de marzo de 2017]Disponible en:<http://www.rosanatessa.com/registros-de-enfermeria/>
6. Carlos Augusto Sánchez Morales. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición/expediente clínico [sede web] [actualizada el 30 de noviembre del 2016]. disponible en innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/expedienteclinico.html
7. Vilma Esther V., Noé Félix E., José Rafael E, Xiomara P. Zulma B. Santos G. et al. Norma para el expediente clínico en el ISSS [Internet] 2º edición, San Salvador, marzo 2009 [citado el 31 de marzo de 2017] Disponible en: www.issv.gob.sv/index.php?...norma-para-el-expediente-clinico-en-el-issv...
8. Esmirna T. Responsabilidad legal del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicación médica [internet] citado el 31 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria/responsabilidad-legal-profesional-enfermeria2.shtml#ixzz4cfpw5Q9r>
9. Consejo Superior de Salud Pública, Unidad de enfermería, ministerio de salud y junta de vigilancia de la profesión de enfermería. lineamiento notas de enfermería. San

- Salvador 2016[citado el 31 de Marzo de 2017] Disponible en cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf
10. Técnicas en enfermería clínica, cuarta edición, volumen 1 Capitulo III, PAG 57-59
 11. Asamblea Legislativa de la Republica de El salvador, Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, .[Internet] fecha de emisión 10 de marzo de 2016 y fecha de publicación 08 de abril de 2016,sección 2 pagina 24 [consultado el 07 de abril de 2017] Disponible en <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-deberes-y-derechos-de-los-pacientes-y-prestadores-de-servicios-de-salud>
 12. Natorabet. modelo y teoría de enfermería Patricia Benner. Slideshare [internet] 7 DE JULIO DE 2014[consultado el 31 de marzo de 2017] Disponible en:<https://es.slideshare.net/natorabet/patricia-benner-modelos-y-teoras-en-enfermera>.
 13. Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A ISBN: 84-494-0055-4, Pág. 14
 14. R. Sampieri. Metodología de la investigación. Capítulo 5
 15. Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A ISBN: 84-494-0055-4 Pag.271
 16. Enciclopedia jurídica 2014. [Internet] pág. www. Enciclopedia-diccionario-jurídico-html Visitada 20.5.17
 17. Diccionario ABC [EDICION 2017] .[Internet] visitado el 20/5/17, (20, 25. 32) disponible en : <https://www.definicionabc.com/social/exclusion.php>
 18. Fidedigno. [Internet] consultado en mayo de 2016. disponible en www.wordreference.com/definicion/fidedigno
 19. Español, Oxford living Dictionaries. [Internet] [CONSULTADO EL 19-5-17] URL disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/focalizar>
 20. Imagenológicos .[Internet] disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Imagenología> consultado en mayo de 2016

21. The free dictionary.by farlex [edición 2005]. [Internet] visitado el 19/5/17, página de internet disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/INCLUSION>.
22. Diccionario ABC [EDICION 2017]; [Internet] visitado el 20/5/17, página de internet disponible en : <https://www.definicionabc.com/social/incapacitado.php>
23. The free dictionary.by farlex [edición 2005]; [Internet] visitado el 19/5/17, página de internet disponible en <http://es.thefreedictionary.com/NEONATOLOGIA>.
24. Diccionario de la Lengua Española y de Nombres Propios, Océano Grupo editorial S.A ISBN: 84-494-0055-4 Pag.535.
25. Responsabilidad ética. [Internet] consultado en mayo de 2016. disponible en www.ehowenespanol.com > Finanzas Escrito por Josh Fredman
26. The free dictionary.by farlex [edición 2005]; [Internet] visitado el 19/5/17, página de internet: disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/UCI>

HOJA DE TEMPERATURA Y PULSO

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL SAN RAFAEL Expediente No.: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Servicio: _____ Cama No.: _____

Mes																																													
Días Hospital																																													
Días Enfermedad																																													
HORAS		a.m.	p.m.																																										
P U L S O	150																																												
	130																																												
	110																																												
	90																																												
	70																																												
50																																													
60																																													
50																																													
40																																													
30																																													
20																																													
10																																													
7 a.m. A 7 p.m.																							Presión Arterial																						
																							Peso																						
																							Calorías y Dieta																						
																							Liq. Ad. Vía Oral																						
																							Liq. Ad. Otras Vías																						
																							Orina Total																						
																							Evacuaciones																						
																							Vómitos																						
	MEDICAMENTOS ESPECIALES																																												
	MEJORIA Cama, silla, levantado																																												

Este color significa ALERTA

CLAP OPS/OMS HSP - ENFERMERIA NEONATAL

CUIDADOS NIVEL: mínimo intermedio intensivo cuna incubadora

APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 Patologías / complicaciones / procedimientos: _____

CAMA No. _____ H. C. No. _____
 SEXO: F M
 DIAS de vida: _____ DIAS CORREGIDA días: _____ DIAS hospitalización: _____
 PESO Actual: _____ g VARIACIÓN diaria: _____ g PER. CEF: _____ cm

HORA DE CONTROL	SI	NO												
Responsable														
Madre participante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
REACTIVIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
TEMPERAT. AXILAR / TEMPERAT. INCUBADORA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
FRECUENCIA RESPIRATORIA / SILVER-MAN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
RESPIRACIÓN PERIÓDICA / APNEA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
FRECUENCIA CARDÍACA / SOPLO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
COLOR / ICTERICIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
DIURESIS (ml) / DENSIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
DEPOSICIONES CANTIDAD / TIPO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
SANGRE EXTRAÍDA (ml) / MOTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
RES. GÁSTRICO VOLUMEN (ml) / VÓMITOS TIPOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
VOLUMEN (ml)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
TIPO / ADMINISTRACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

CONTROLES VITALES

PERDIDAS

APORTE ORAL

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



LISTA DE COTEJO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS REGISTROS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL EXPEDIENTE CLINICO REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL.

OBJETIVO: Observar la aplicación en el registro del expediente clínico de los cuidados de enfermería en notas de enfermería, cuadrícula de signos vitales e indicaciones médicas.

I. APLICACIÓN CORRECTA DEL REGISTRO EN LA HOJA DE SIGNOS VITALES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

N°	VARIABLE A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
1	Nombre Completo de paciente			
2	Registro			
3	Edad			
4	Servicio			
5	Fecha de ingreso			
6	Días de estancia hospitalaria			
7	Registro de Pulso			
8	Registro de temperatura			
9	Registro de T.A			
10	Registro de Líquidos orales			
11	Registro de Vómitos			
12	Registro de Evacuaciones			

II. APLICACIÓN CORRECTA DEL REGISTRO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES MÉDICAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Nº	VARIABLE A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
13	Registra cumplimiento de Dieta.			
14	Registra cumplimiento de toma de signos			
15	Registra cumplimiento de cuidados específicos de cada patología			
16	Registra toma de Exámenes			
17	Contiene hora de cumplimiento de medicamentos.			
18	Coloca iniciales del personal que cumple indicación medica			
19	Registra cumplimiento de interconsultas			
20	Registra reporte de exámenes.			

**III. CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS LEGALES ESTABLECIDOS
POR EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA EN EL REGISTRO DE LA
ELABORACIÓN DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA.**

Nº	VARIABLE A OBSERVAR	SI	NO	NO APLICA
21	Contiene fecha y hora de registro:			
22	Es clara,			
23	Concreta			
24	Precisa.			
25	Describe estado de paciente en forma cefalocaudal y con orden lógico.			
26	Utiliza lenguaje técnico.			
27	No utiliza abreviaciones.			
28	Contiene firma			
29	Utiliza sello con número de junta de vigilancia.			
30	Describe aspecto relevante del estado de pacientes.			
31	Utiliza tinta según lineamiento y según turno.			
32	Realiza anotaciones de seguimiento durante el turno.			
33	Se registran acontecimientos relevantes (reacciones alérgicas, transfusiones, curación y otros.			

ANEXO N° 4
COSTOS DE LA INVESTIGACION

Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
1000	Impresiones	\$0.05	\$50.00
2	Resmas de papel bond	\$ 3.75	\$ 7.50
3	Empastado	\$12	\$36.00
8	Folders	\$0.25	\$2.00
6	Lapiceros	\$ 0.15	\$ 0.90
6	Lápices	\$ 0.15	\$ 0.90
300 Horas	Uso de Internet y equipo	\$0.50	\$ 150
6	Anillados	\$ 1.50	\$ 9.00
8	Fastener	\$0.15	\$1.20
1	Protocolo	\$15.00	\$15.00
80	Transporte	\$0.25	\$20.00
400	Fotocopias	\$0.02	\$8.00

1	Memoria USB	\$8.00	\$8.00
3	Informe final	\$45.00	\$45.00
3	CD	\$15.00	\$15.00
1	Otros gastos	\$50.00	\$50.00
Subtotal			\$418.50
Imprevistos			\$41.85
Total			\$460.35

ANEXO N°5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES SEMANAS ACTIV.	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO 2018				FEBRERO 2018				MARZO 2018											
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4												
Primera reunión de trabajo de grado Metodología del desarrollo de seminario													V	A	C														V	A	C																						V	A	C													
Propuestas de temas de investigación a través de exposiciones													A	C															A	C																							A	C														
Proceso de estructuración del tema de investigación													I	O															I	O																											I	O										
Presentación del tema de investigación al cuerpo docente													N	E															N	E																											N	E										
Retroalimentación de los elementos de la justificación													S																S																												S											

ANEXO N°6
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A

Acrónimo: m. Voz formada por las iniciales o siglas de varias palabras.

Atenuante: según el derecho penal en el art.23 es una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de carácter ambivalente o mixto.

Auditoria: Inspección o verificación de la contabilidad de una empresa o una entidad, realizada por un auditor con el fin de comprobar si sus cuentas reflejan el patrimonio, la situación financiera y los resultados obtenidos por dicha empresa o entidad en un determinado ejercicio.

C

Conciso: Que expresa las ideas con pocas y adecuadas palabras

Correlacional: estudio que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables miden cada una de ellas y después cuantifican y analizan la vinculación.

D

Dictamen: m. Opinión y juicio que se forma o emite sobre una cosa.

E

Esclarecedor: aclaratoria, explicativo, claro evidente demostrativo, convincente.

Exclusión: La idea de exclusión se aplica al ámbito social cuando se hace referencia a la acción de marginar voluntaria o involuntariamente a una porción de la población la exclusión se refiere a la acción de dejar afuera a una persona o cosa, esta puede referirse a una situación en concreto como separar a una persona de un grupo de terminado, cuando esto pasa en el ámbito de las relaciones sociales personales, el impacto real que puede tener es que la

persona que quede fuera del grupo se sienta ofendida, pero no habrá una mayor repercusión a nivel global.

F

Fidedigno: Que es digno de ser creído o que merece crédito.

Focalizar: Hacer converger argumentos, ideas o conceptos diferentes hacia un punto o aspecto considerado central por ser el más importante o aquel en el que coinciden todos ellos.

I

Imagenológicos: Se llama imagen médica al conjunto de técnicas y procesos usados para crear imágenes del cuerpo humano, o partes de él, con propósitos clínicos o para la ciencia médica

Inclusión: Es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades

Incapacidad: Hace referencia a la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse). La incapacidad es, en otras palabras, no contar con aquellas capacidades o habilidades que se consideran dentro de los parámetros normales para un ser humano. Si bien hay miles de diferentes tipos de incapacidades, podemos señalar dos principales que son las más fáciles de observar o distinguir las mentales y las físicas.

La noción de incapacidad surge como oposición, obviamente, a la de capacidad. Cuando hablamos de una incapacidad estamos haciendo referencia a una condición en la cual una capacidad estimada como normal o regular en un individuo, no está presente por diferentes razones.

Indefensión: Situación o estado de la persona que está falta de la defensa, ayuda o protección que necesita.

Índole: Del latín índoles, índole es la condición o naturaleza de las cosas. El concepto también se utiliza para nombrar a la inclinación natural propia de cada ser humano

Innegable: Que no puede ser negado o puesto en duda.

K

Kárdex: El Kárdex es un documento, tarjeta o registro utilizado para mantener el control de la mercadería cuando se utiliza el método de permanencia en inventarios, con este registro podemos controlar las entradas y salidas de las mercaderías y conocer las existencias de todos los artículos que posee la empresa para la venta.

N

Neonatología: (palabra compuesta del griego véo-, néo-, "nuevo"; del latín natus, "nacido" y del griego -λογία, -logía, "estudio" o "conocimiento") es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, el período hebdomadario (los primeros 7 días postparto), hasta los 28 días de vida del niño, posterior a los cuales se le considera como "lactante" entrando ya al campo de la pediatría propiamente dicha. Los principales pacientes de los neonatólogos son los recién nacidos que están enfermos o requieren un cuidado especial debido a que son prematuros, tienen bajo peso o sufren malformaciones.

Notario: m. Funcionario público autorizado para dar fe de los contratos, testamentos y otros actos extraoficiales.

P

Praxis: La palabra praxis tiene como significado “práctica”, esta es una terminología griega la cual identifica a la praxis como el proceso en el que se es transformado la teoría a la práctica, es decir, la praxis es la aplicación de una metodología estudiada y la misma se hace parte de la vida cotidiana.

Prospectivo: Ben Martin (1995) describe como “el proceso de investigación que requiere mirar sistemáticamente el futuro a largo plazo en ciencia, tecnología, economía y sociedad; con el objetivo de identificar las áreas de investigación estratégicas y las tecnologías genéricas emergentes.

R

Responsabilidad ética: Significa cumplir obligaciones en todas las áreas éticas, o en tantas como sea posible. Cuando ocurre un dilema ético, los individuos involucrados deben elegir entre una amplia variedad de principios éticos y evaluar cuáles deben ser enfatizados.

T

Transversal: se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único su propósito es describir la variable y analizar su coincidencia e interrelación en un momento dado.

U

(UCI) unidad de cuidados intensivos: Es un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos. La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud.

Ha3: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael se aplica correctamente el registro de los lineamientos legales establecidos según el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de las anotaciones de enfermería en el expediente clínico.

Ho3: En el 90% de los expedientes clínicos de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael no se aplica correctamente el registro de los lineamientos legales establecidos según el Consejo Superior de Salud Pública en el registro de las anotaciones de enfermería en el expediente clínico

CAPITULO V

5.1 PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

I. Aplicación correcta del registro en la Hoja de Signos Vitales del Expediente Clínico.

Cuadro N° 1

Registro del nombre completo del usuario.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	104	96%
No	4	4%
Total	108	100%

Fuente: Lista de cotejo sobre la aplicación de los registros del cuidado de enfermería en el expediente clínico realizado por el personal de enfermería que labora en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología del Hospital Nacional San Rafael, aplicada del 21 al 27 de noviembre de 2017.

Según los datos planteados anteriormente, el 96% de los registros en la hoja de signos vitales refleja el registro correcto del nombre completo del usuario, mientras que el 4% muestra que el nombre del usuario no está escrito completamente. Según los elementos que contiene la hoja de constantes vitales establecida en el Hospital Nacional San Rafael, el nombre del usuario es una parte esencial en el expediente clínico, debido a que en el hospital existen muchos pacientes ingresados con nombres iguales y solo cambia un apellido, por lo cual es importante que se registre el nombre completo para poder distinguir al usuario.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Según los resultados obtenidos durante la investigación se concluye que:

6.1.1 Según la comprobación de la hipótesis N°1 se acepta la hipótesis nula en la cual se establece que el 90% de los expedientes clínicos no se aplica correctamente el registro en la hoja de signos vitales, el 82.7% lo aplica correctamente, pero es importante mencionar que el 17.3% de los expedientes clínicos no aplica de manera correcta los datos importantes durante la hospitalización de un paciente, la hoja de signos vitales no solamente debe utilizarse para graficar pulso y temperatura, esta contempla muchos más datos relevantes del paciente atendido y debe realizarse el registro diario y correcto de estos.

6.1.2 El registro del cumplimiento de las indicaciones médicas en el expediente clínico se realiza correctamente ya que el total de los expedientes clínicos colocan las iniciales y hora de cumplimiento de la indicación, ya sean éstas intervenciones de carácter dependiente e independiente o interdependiente, a pesar de ser áreas críticas y no contar con un manual de procedimientos actualizado.

6.1.3 Se identificó que en el total de expedientes clínicos se registra correctamente el cuidado realizado al paciente en las notas de enfermería, elaborándolas según el lineamiento establecido por el Consejo Superior de Salud Pública, debiendo mejorar las notas de seguimiento a cada uno de los usuarios, tomando en cuenta que en el 14% de los expedientes clínicos no se encontraba registrada.