



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE SALUD
Maestría en salud pública 2012-2014**



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2012-2014

Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

**USO DEL EXPEDIENTE CLINICO POR PARTE DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA. HOSPITAL REGIONAL 'ASUNCIÓN', JUIGALPA –
CHONTALES. ABRIL 2013.**

Autor:

**Zenayda Aurora Suarez
Licenciada en Enfermería**

Tutor:

**Luis Carballo Palma
Docente Investigador**

Managua, Nicaragua, Octubre 2014.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCION.....	6
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO:.....	24
VIII. RESULTADOS	30
IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
X. CONCLUSIONES.....	42
XI. RECOMENDACIONES	44
XII. BIBLIOGRAFÍA.	45
ANEXOS	

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios padre, divino creador, que permite a la humanidad trazar metas y proyectos, disfrutar de cada éxito y caminar con dirección hacia una vida llena de bendiciones.

Agradezco a todas esas mentes brillantes (mis maestros), que hacen posible la búsqueda continua del conocimiento, cuando llega a nuestros ojos estos proyectos de desarrollo humano, en búsqueda del equilibrio entre la práctica y el conocimiento de quienes lo intentan cada día, que con amor dan lo mejor de sí enseñando el buen saber, el buen decir y el buen Hacer.

Agradezco en gran manera a todos mis compañeros de clase cuyos valores y fortalezas fueron parte de este logro, brindándome el apoyo incondicional en los momentos de dificultad.

A las autoridades del ministerio de salud, sobre todo a la dirección del Hospital Regional Asunción que me permitieron el permiso especial para todo el proceso de estudio hasta el momento de la conclusión con este trabajo.

A mis queridos alumnos de las carreras Enfermería Salud Pública y Enfermería Materno Infantil, por cumplir fielmente las orientaciones metodológicas de cada asignatura impartida aun cuando tenía que retirarme hacia mis estudios de la maestría.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a mis queridos hijos, que fueron la fortaleza interna que me motivó a continuar con el crecimiento profesional, sacrificando el tiempo de convivencia con ellos.

A la MSc. Carmen Castrillo Reyes y MSc. María Mercedes Zapata Quintanilla quienes me permitieron continuar el trabajo docente, aun con las limitaciones de tiempo, lo que me permitió sustentar los costos de este grandioso proyecto.

RESUMEN

El expediente clínico es la piedra angular en la defensa del personal de salud; por lo tanto el objeto de su escrutinio es para valorar el trabajo del personal de salud en función de: Exactitud, claridad y orden, debe cumplir con un nivel de estandarización en la unidad proveedora de salud en todo el proceso realizado en el abordaje de los pacientes, por tanto identificar por qué estos elementos no se están cumpliendo, conllevará implementar estrategias de mejora que permitan hacer constar todo lo hecho en la práctica médica y los cuidados de enfermería.

El personal de enfermería que participó en el estudio, en su mayoría fueron del sexo femenino, la categoría con mayor número de personal fueron, enfermeras especialistas. Según la teoría revisada no existe relación entre las categorías profesionales con el buen o mal cumplimiento de la normativa del expediente clínico,

El estudio revela una diferencia no significativa, en el manejo de los registros de enfermería en la ruta crítica, los resultados se encuentran en muy bajo cumplimiento. Según las categorías establecidas como: Bueno, Regular y Malo los resultados son negativos para todas las salas en estudio.

Al analizar las categorías de cumplimiento en relación con los aspectos generales dentro del expediente clínico por cada sala en estudio, se encontró que no existe una diferencia importante, los resultados son negativos entre las salas según las categorías de cumplimiento.

Existe una relación negativa en cuanto al cumplimiento de la normativa del expediente clínico, identificado mediante el análisis las Categorías de cumplimiento en el registro de enfermería de los cinco exactos dentro del expediente clínico.

Analizado desde la perspectiva que en la medida que menos se cumple con la normativa, más errores se encuentran en la actividad funcional que lo amerita. Es entonces donde la teoría confirma que existe una relación negativa puesto que siendo el expediente clínico una herramienta sumamente importante en aportar

información veraz, completa y objetiva, sujetas a monitoreo permanente como prioridad gerencial en garantía de la calidad en aquellas áreas priorizadas por la institución, sobre todo en la ruta crítica cuya visión es contribuir a la disminución de las tasas de morbi- mortalidad, los resultados son insatisfactorios.

Los resultados de este estudio permiten a los tomadores de decisiones plantear estrategia de mejora de la calidad de los registros de enfermería, mediante la capacitación y monitoreo para el manejo que facilite el cumplimiento correcto de la Normativa 004.

I. INTRODUCCION

El expediente clínico es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería. El buen manejo de la información incluido en el expediente le aporta protección legal al paciente, a los profesionales de la salud participantes en la atención y a la institución, la importancia de elaborar con pulcritud el expediente clínico radica, en que es el instrumento legal donde se evidencia la actuación del profesional de salud y es la prueba documental de mayor peso jurídico ante algún reclamo legal, civil o administrativo. (Dr. Fidel Herminio López 2009; 2 (2): 70-74).

Desde el punto de vista de la calidad de atención, le hace ser una herramienta universal para los cuidados de los pacientes desde su diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y rehabilitación.

Por tal razón, el Ministerio de salud en la Ley General de Salud y su Reglamento ordena la elaboración de normas técnicas, manuales y reglamentos específicos dentro del proceso de regulación y normalización. La normativa proporciona las reglas que combinan varios elementos integrando entre sí, una herramienta práctica y oficial que coadyuvará a la estandarización del análisis y evaluación de los Expedientes Clínicos en los hospitales públicos y privados del país.

Por cuanto establece que: Debe haber calidad en los registros, una documentación clínica que proporcione una información exacta, oportuna y confidencial, en la práctica médica; así como en los cuidados de enfermería, lo que garantiza la calidad de atención del paciente (Norma 004 '*Norma para el Manejo Expediente Clínico*')

El presente trabajo se realizó en el Hospital Regional Asunción, del departamento de chontales, a fin de conocer la relación entre la norma de uso del expediente clínico

y su cumplimiento por parte del personal de enfermería en el Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales abril 2013.

Se revisó y relacionó la teoría del expediente clínico contenido en la Norma 004 '*Norma para el Manejo Expediente Clínico*', y la teoría básica de los registros de enfermería. Los resultados del estudio reflejan, deficiencia en el manejo del expediente clínico, una relación directa con la falta de aplicación de dicha normativa.

Como requisito indispensable para obtener el título de maestría en salud pública, se orienta en el pensum académico de post grado en el centro de investigación para la salud (CIES) Managua, desarrollar una investigación científica tomando como problema para la investigación, aquellos que se manifiestan de manera cotidiana y que son de importancia laboral y social.

De tal manera que los resultados incidan de forma positiva en la búsqueda del cambio, ante las posibles debilidades encontradas.

II. ANTECEDENTES

El buen uso del expediente clínico refleja la calidad de atención que se brinda a usuarios de establecimientos de salud y a la vez está demostrado que contribuye recíprocamente a esta.

Bruguera et al¹, revisaron un conjunto de casos por conflicto de mala calidad de atención, al hacer la evaluación de apego a protocolos, consideraron que habían existido defectos de praxis en el 20% de los casos reclamados por falta de documento de consentimiento informado adecuado, retraso en el reconocimiento de la complicación o error en la interpretación o tratamiento de la misma.

Gutiérrez, R. et al, revisa un caso de paciente operada de tiroides, a la que se le ocasiona lesión del nervio laríngeo por el procedimiento quirúrgico, lo que condicionó conflicto entre la paciente y el médico tratante; la revisión del proceso de atención médica encuentra que el expediente clínico, carecía de información básica para evaluar dicha atención, concluyéndose que el médico no se apegó al protocolo, al incumplir con las obligaciones de seguridad, medios diagnósticos y tratamiento para el manejo de la complicación que presentó la paciente.

Sequeira, M. apoyándose en la revisión exhaustiva del expediente clínico, revela que se realizan prácticas adecuadas y conformes Norma 004 '*Norma para el Manejo Expediente Clínico*', prácticas fuera de la norma o inadecuadas

En el Hospital Regional Asunción no hay ningún estudio similar que sirva como antecedente en el presente trabajo, al igual no se encuentran evidencias del monitoreo de los expedientes clínicos especificado en la normativa.

¹ Análisis médico-legal de las reclamaciones judiciales en cirugía bariátrica. Cirugía Española. Volumen 90, issue 4, pages e13-e16, 213-274 (april 2012).

III. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Regional Asunción, paulatinamente ha venido incrementando su nivel resolutivo desde el año 2007, lo que ha ido acorde con el empoderamiento de la población que demanda con mayor dominio el ejercicio del derecho a la salud, la que se logra expresar alrededor de aspectos relacionados, al trato que recibe del personal de salud y a la valoración de la calidad con que se les atiende.

Lo anterior hace que cada vez se le brinde más importancia a la calidad con que es llevado el expediente clínico, Por ende las entidades correspondientes según nivel de gestión deben conocer a plenitud la calidad de los registros en el expediente clínico en las diferentes unidades de salud, lo cual permite evaluar y retroalimentar resultados de calidad de atención brindada a los pacientes, siendo éste además el instrumento médico-legal que es y el qué, según su uso, puede documentar el apego a los protocolos en el manejo de pacientes que realiza el personal de salud.

El personal de enfermería ocupa un papel muy importante en la calidad de atención del paciente, poniendo de manifiesto la evidencia científica y técnica en el ejercicio de la profesión; como tal se expresa en este enunciado. "Para nosotras que cuidamos, nuestros cuidados suponen que, si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos retrocediendo". "Ningún sistema que no avance puede perdurar" Florence Nightingale (1820-1910).

Por tanto este trabajo de investigación permitirá identificar fortalezas y debilidades en el manejo de los expedientes por parte de enfermería, permitiendo una mejor definición y abordaje de los programas de educación permanente que sobre este importante tema se debe desarrollar a fin de tener una mejor calidad del llenado del expediente que permita una evaluación con mejores resultados en los monitoreo del SILAIS y MINSa central.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se plantea la siguiente pregunta principal de investigación:

¿Cuál es el cumplimiento de la norma de uso del expediente clínico por parte del personal de enfermería en el Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales abril 2013?

Otras interrogantes son:

¿Cuál es la relación que existe entre las características generales del personal de enfermería que participa en el estudio con el cumplimiento de la normativa del expediente clínico?

¿Existen diferencias en el manejo del expediente clínico en los registros de enfermería en la ruta crítica?

¿Cuál es la relación entre el cumplimiento de la normativa del expediente clínico con el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del personal de enfermería?

IV. OBJETIVOS

Determinar el cumplimiento de la norma de uso del expediente clínico por parte del personal de enfermería en el Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales abril 2013?

Objetivos específicos

- 1.** Identificar la relación que existe entre las características generales del personal de enfermería que participa en el estudio con el cumplimiento de la normativa del expediente clínico.
- 2.** Precisar las diferencias en el manejo del expediente clínico en los registros de enfermería en la ruta crítica.
- 3.** Analizar la relación entre el cumplimiento de la normativa del expediente clínico con el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del personal de enfermería.

V. MARCO TEÓRICO

Con los avances en la enseñanza de la medicina, el médico ha sido adiestrado en la recopilación de datos, como una herramienta indispensable para el entendimiento de las enfermedades. A esto se le conoce como “expediente clínico”. Por lo tanto, deben conservarse por un período mínimo de 5 años, contando a partir de la fecha de la última cita médica. Atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la prestación de servicios de salud, las unidades de salud son responsables de:

- Resguardar la información.
- Evitar la pérdida parcial o total, así como de su deterioro.
- Asegurar la veracidad y la confidencialidad de la información.

El acto médico requiere de su documentación gráfica, y es, en el expediente clínico (EC) (Ficha clínica, historial clínico o historia clínica para otros países). Donde se deben plasmar.

Se considera la fuente de información o documento oficial en donde el médico consigna y conserva todos los datos clínicos detectados y asegura al paciente la continuidad y evolución de problema. La historia clínica se convierte en la “autobiografía del enfermo, dirigida por el médico”.

La principal justificación se ubica en el contexto de la búsqueda de la salud como objetivo central. Si el personal de salud implicado en la atención del paciente, lleva un registro de datos y anota todo lo que puede serle útil para obtener un diagnóstico certero y ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno, evitando todos los errores posibles en el proceso de atención, se cumplirá por lo tanto con el objetivo fundamental de recuperación, mantenimiento y rehabilitación de la salud del paciente.

Es entendible que, siendo un documento tan reiterativo y tan rutinario para el médico, y personal de enfermería, puede implicar ciertas dificultades en su redacción y transcripción completa. Sin embargo, debe entenderse que para lograr la salud del paciente no debe olvidarse ningún detalle y dejar constancia permanente de los datos, para revisarlos cuantas veces sea necesario.

El expediente clínico está considerado como derecho del paciente y regido por la norma oficial de cada país, en donde se exige al médico y al personal de enfermería, como una obligación elaborarlo, sistematizarlo y actualizarlo con calidad.

Se transforma así en un documento médico-legal, básico para la asistencia, docencia e investigación; y mide de alguna manera el nivel de excelencia que alcanza en la práctica clínica una institución y su personal de salud. (Medico enfermera)(Víctor Pérez Pico 2011)

Concepto.

El expediente clínico, es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagen lógicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Por el valor médico – legal que tiene el Expediente Clínico en todos sus aspectos, es necesario establecer los lineamientos sobre la obligatoriedad de su existencia, del llenado de su contenido, su composición y estructura. Es un documento que sirve de protección legal, administrativa y técnica tanto al personal de salud y usuarios.

La aplicación y seguimiento de la Norma de procedimientos para el Manejo del Expediente Clínico permite mejorar la calidad de atención mediante la toma de decisiones oportuna, convirtiéndose en una herramienta indispensable para la investigación y evaluación de los aspectos clínicos, gerenciales, docentes y legales de la atención en salud.

Orden del expediente en hospitalización:

1. Carpeta
2. Lista de problemas al reverso de la portada.
3. Hoja de información de condición diaria del usuario.
4. Perfil o control fármaco terapéutico.
5. Registro gráfico de signos vitales.
6. Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
7. Notas de evolución y tratamiento.
8. Nota de ingreso.
9. Nota de recibo.
10. Historia clínica.
11. Hoja del servicio de emergencias.
12. Notas de enfermería.
13. Control de medicamentos.
14. Control pre operatorio.
15. Nota operatoria.
16. Registro de anestesia.
17. Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia.
18. Recuento de compresas.
19. Interconsulta y tránsito de usuario.
20. Referencia y Contra referencia.
21. Consentimientos informados.
22. Registro de admisión y egreso.
23. Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Los formatos quirúrgicos, de interconsulta y tránsito de usuario, referencia y Contra referencia se anexarán cuando el caso lo amerite, considerando el orden antes descrito.

Terminología básica para el manejo del expediente clínico.

Manejo del Expediente Clínico: Todas las acciones y procesos que se llevan a cabo con el expediente clínico de un usuario, desde que se apertura hasta que se archiva el mismo.

Resumen Clínico: Es el registro o documento que contiene un relato breve, conciso y preciso de la evolución y tratamiento de un paciente en un período de tiempo o durante una hospitalización en una institución de salud.

Sección del expediente clínico: Cada una de las partes en que se divide todo el expediente clínico.

Nota: Es la anotación sobre la evolución clínica del paciente, que registra el profesional de salud en la hoja correspondiente del expediente clínico.

Numeración: Es el número que escribe el profesional de la salud a cada página en la esquina inferior derecha de la hoja correspondiente a su espacio y sección. Cada sección se enumera por separado.

Personal de salud: Persona que labora en un establecimiento proveedor de servicios de salud público o privado.

Profesional de la Salud: Recursos humanos con formación en áreas de la salud en posesión de un título o diploma emitido por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida por la legislación en la materia.

Problema: Situación clínica que interfiera con la calidad de vida de un usuario o que requiera diagnóstico y manejo posterior. Llámese también a cualquier dificultad para el usuario o el profesional de la salud a cargo de este último, se incluyen los aspectos médicos, psicológicos, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambiental, económico, entre otros.

Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP): Método de abordaje médico caracterizado por un conjunto ordenado de los registros de los problemas orientados de acuerdo con el método clínico, el cual está sustentado por el método científico.

Usuario: Toda aquella persona que solicita o recibe servicios de atención en salud.

Valoración: Procedimiento mediante el cual un profesional de la salud realiza un reconocimiento de un problema específico de un usuario, con la obligación de emitir un juicio diagnóstico, hacer una estimación del caso y dar sus respectivos planes y recomendaciones.

Aspectos Jurídicos: El manejo adecuado del expediente clínico brinda protección legal, administrativa y técnica tanto al personal de salud como a los usuarios. Unifica criterios de manejo del expediente clínico, considerando que el mismo es un documento que sirve de base para evaluar las acciones médicas – legales y éticas.

Aspectos Científicos: Las normas para el manejo del expediente clínico están basadas en el método científico aplicado en la atención en salud.

Implica un estudio formal de un hecho de modo sistemático con procedimientos ordenados: recopilación de datos, planteamiento de hipótesis, resolución de problemas, conocimiento y objetivos que conducen a la exactitud.

La aplicación del método científico y el empleo del método clínico requieren lenguaje científico y redacción técnica.

Se plantean como requisitos del método clínico: Acuciosidad, minuciosidad, análisis, síntesis y juicio crítico.

Aspectos Técnicos: Son instrucciones escritas, claras, ordenadas y objetivas.

Su uso garantiza la sistematización de la información registrada en el expediente clínico para facilitar los procesos de atención.

Aspectos Administrativos: Se crean parámetros de estandarización que deben ser conocidos y aplicados por todos los profesionales de la salud.

Aspectos Docentes: Sistematiza el abordaje de los usuarios.

Institucionaliza un documento ordenado que registra los elementos de la atención en salud.

Todo profesional de la salud debe aplicar el sistema médico orientado por problemas (SMOP).

Campo de aplicación.

Los principios normativos contenidos en esta Norma son de estricto cumplimiento para todos los profesionales de la salud involucrados en el manejo del expediente clínico, en todos los establecimientos proveedores de servicios de salud del sector público y privado.

Se considera una herramienta sumamente importante en aportar información veraz, completa y objetiva sujetas a monitoreo permanente como prioridad gerencial en garantía de la calidad en aquellas áreas priorizadas por la institución, sobre todo en la ruta crítica cuya visión es contribuir a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad.

Alimentación y nutrición.

Indicada de acuerdo a la edad, estado nutricional, padecimiento y condición clínica del paciente.

Indicación terapéutica.

Indicación de fármacos, definiendo dosis, vía de administración, intervalo de tiempo y dilución de cada uno de los medicamentos. Además de la justificación de la falta de administración de los mismos.

Uso racional de la terapéutica.

Utilización adecuada de los medicamentos en base a la enfermedad.

Orden cronológico en el expediente.

Colocados en orden cronológico en la hoja de exámenes. Según el manual del expediente clínico.

Evolución de acuerdo al SOAP.

Las notas deben contener toda la información normada de acuerdo al Sistema Médico Orientado por Problema, utilizando específicamente el método S.O.A.P. (subjeto, objetivo, análisis, planes). Notas elaboradas de acuerdo a los problemas establecidos.

Registro de cambio de condición.

Anotados los cambios en la condición clínica del usuario con sus debidos fundamentos.

Identificación de nuevos problemas.

Anotados los problemas que se presenten durante la hospitalización del usuario, particularmente nuevas enfermedades, complicaciones y efectos iatrogénicos.

Principios del expediente clínico.

- Los criterios, conceptos, reglas y procedimientos contenidos en la norma para el manejo del expediente clínico son de estricto y obligatorio cumplimiento por proveedores de servicios de salud públicos y privados.
- El personal de salud involucrado en el manejo del expediente clínico es responsable el del mismo y de las situaciones médico – legales y bio -éticas que resulten.
- El contenido de los registros y anotaciones debe fundamentarse con claridad, legibilidad, orden, objetividad y exactitud.
- Los datos obtenidos o recopilados de la atención de un usuario deben registrarse en los formatos diseñados para cada sección del expediente clínico.
- El manejo del expediente clínico será a través del Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP).
- Las Notas de evolución médica en el espacio de indicaciones y planes será mediante el sistema AMEN (Alimentación, Medicamentos, Exámenes, Normas).
- Las notas, los informes, los reportes y otros documentos que se registren en el expediente clínico deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las normas o protocolos relacionados con la prestación de servicios.
- Esta Norma está acompañada de la “Guía para el Manejo del Expediente Clínico para facilitar el cumplimiento.
- Ninguna parte del expediente clínico de un usuario puede suprimirse, desecharse, anularse, modificarse o destruirse si se encuentra en el grupo de expedientes activos o pasivos de la institución.
- Ninguna parte del expediente clínico puede reproducirse o copiarse de forma alguna ni por ningún método mecánico o electrónico, incluidas las fotocopias,

la grabación en disco, cintas o por técnicas informáticas, sin el permiso de la autoridades competentes.

- Todas las hojas del expediente clínico deberán estar rotuladas e identificadas conteniendo el nombre completo, número de expediente, número de cama, sala, servicio o departamento de atención al usuario, además del nombre de la institución proveedora de salud. La numeración debe ir en orden cronológico anexando en la parte superior las páginas y hojas con fechas más recientes.
- Toda anotación en el expediente clínico deberá registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código interno y del MINSA de quien la elabora el registro y/o nota, de acuerdo con el patrón establecido en la norma.
- Las anotaciones en el expediente clínico deberán contener y expresarse con un lenguaje técnico-científico, la redacción será en español, requiriendo claridad, orden y objetividad; por consiguiente deberán escribirse con letra legible y sin abreviaturas. El objetivo fundamental de este precepto es proporcionar una información veraz y que tenga exactitud.
- Errores en alguna nota se corregirá pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha e iniciales del personal de la salud. El dato correcto se anotará continuo al error, en la línea siguiente o en el lugar que corresponde cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en secuencia equivocada.
- Cada hoja de cada sección del expediente clínico, contiene su propio formato que describe formularios con características específicas establecidas por las instancias reguladoras. Todas las instituciones proveedoras de servicio públicas y privadas de salud deben ajustar sus formatos a los estándares.
- Los formatos del expediente clínico serán de tamaño carta, salvo aquellos formatos como los reportes de laboratorios que pueden ser de tamaño más reducidos.

- Cada formato debe llevar un título que identifique su contenido; contará con espacio para registrar nombre, apellido y número de expediente del usuario. Los formatos deben ser impresos en ambas caras, en papel lo suficientemente gruesos para que no pase la tinta.
- Es de uso obligatorio los formatos estandarizados por el Ministerio de Salud.
- Ninguna hoja o formato pueden ser creados, innovados, modificados, anulados o eliminados sin el permiso de las autoridades competentes del MINSA. La Guía contiene un Catálogo de Formatos del MINSA.
- Se considera obligatorio y de rigor que todo expediente clínico debe contener los datos generales de identificación del paciente en tiempo, espacio y persona, los datos generales deberán estar consignados con detalle en la hoja de admisión de acuerdo con el formato respectivo.
- Le corresponde al Comité de la Calidad de la Atención a través del Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico la verificación y el cumplimiento de la presente Norma.

Soporte teórico sobre los registros de enfermería.

Importancia, su finalidad asistencial, investigadora, docente y a nivel estadístico, los registros suponen el reconocimiento del trabajo, reconoce además que por imperativo legal del reconocimiento de los derechos del paciente existe la obligación legal de registrar.

Sin duda el avance en este camino se produjo en los años 80 con la creación del título de Diplomados en enfermería; el reconocimiento universitario de los estudios de enfermería produjo un avance importantísimo en la concepción del profesional de enfermería, cumpliendo tareas delegadas; se convierte desde su acceso universitario, en un profesional con un ámbito de actuación propio.

Los registros de enfermería surgen como una necesidad de reflejar sus actividades propias y de un modo autodidacta, empieza a registrarse la actividad enfermera, más allá del simple registro de temperatura y tensión arterial.

Se empieza a perder la timidez por la escritura, se va comprendiendo que no crear un propio campo de conocimiento sino registramos nuestro trabajo, que podemos reivindicar nuestras cargas de trabajo y cuidados si éstos no constan por escrito, se va entendiendo que la mejor y más segura forma de transmitir la información de los cuidados es la escritura tradicional o informática, comprendiendo que no puede evolucionar una profesión si no se investiga si no avanzamos en la docencia y que todo ello es imposible si no existimos en los papeles, en los libros, en las estadísticas.

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" (Manuel Amezcua).

¿Por qué Registrar?

- ✓ Responsabilidad jurídica, es decir por imperativo legal y en base a la ley 41/2002 14 Noviembre, debemos registrar al menos: La evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes.
- ✓ La historia es el documento testimonial ante la autoridad judicial, es la documentación legal de nuestros cuidados.
- ✓ Responsabilidad moral, por respeto a los derechos de los pacientes y a la contribución del desarrollo de la enfermería y su responsabilidad profesional.
- ✓ Es imprescindible el registro para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados, pilar básico en la calidad de los mismos, la que será percibida por los usuarios.
- ✓ Los registros permitirán a los gestores determinar las cargas de trabajo y las necesidades derivadas de estas y la adecuación de los recursos asistenciales.
- ✓ Formación y docencia. Los registros en la historia van a ser una fuente de información para los alumnos de enfermería y para nuestra propia formación.

- ✓ “Para nosotras que cuidamos, nuestros cuidados suponen que, si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos retrocediendo”.
"Ningún sistema que no avance puede perdurar" Florence Nightingale (1820-1910). Esto es mejor que la que puso de primera diapositiva.
- ✓ Los profesionales sanitarios tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos.

La nota de evolución.

Refleja la frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

Gráfica de signos vitales.

Nombres y apellidos del paciente - Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente. Es responsabilidad enfermera su llenado correcto.

Hoja de balance hidro-electrolítico.

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

Hoja de control de medicamentos.

Esta hoja es de vital importancia en el expediente clínico, debe cumplir con los elementos necesarios fármaco-terapéuticos en el proceso de atención médica y de enfermería donde se deja constancia cronología de los fármacos que recibe el paciente según necesidades identificada y justificada con el diagnóstico médico, es por tanto de utilidad compartida con el personal médico-enfermería, de cumplir con los requisitos de la norma del expediente clínico; Elaborada con letra clara, legible, actualizada , sin enmiendas ni borrones.

Sus elementos de evidencia deben contener.

- ✓ Nombre del medicamento
- ✓ Dosis y vía administración medicamento
- ✓ Nombres y apellidos del paciente
- ✓ No. de Historia Clínica
- ✓ Fecha de inicio y fecha en que se discontinuo
- ✓ Las horas diarias en que se administra.

Kárdex de Enfermería.

Definición: Es un registro de enfermería donde se anota la administración de la medicación del paciente. Es un método conciso para organizar y registrar datos acerca de un paciente relacionada con el plan de cuidados continuado actual del paciente y permite que sea consultado todas las veces que sea necesario, por la practicidad que implica y la disponibilidad. Algunas instituciones disponen del kardex computarizado y se realiza una copia en cada turno.

La información que suele ofrecer el Kárdex del paciente son los siguientes: Nombre y apellido del paciente, N° de Historia Clínica, edad. Diagnostico medico principal. Órdenes médicas que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas). Plan de cuidados para el paciente, son cuidados no ordenadas por el médico, planificado por enfermería para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas

de seguridad, medidas para la comodidad, educación, etc.)Basadas en principios científicos. Deben ser claros, actuales y flexibles.

Formato de laboratorio.

Solicitud de examen e informe de resultados

Informe de diagnóstico por imágenes.

Informe de resultados de radiografías, tomografías, etc.

Notas de enfermería.

Es un registro escrito 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 y cuidados , medicamos/ tratamientos .

El cuidado de enfermería diario se registra a menudo en una hoja especial asignada para dicha función, las notas de enfermería están constituidas por dos tipos de datos:

- ✓ Subjetivos.
- ✓ Objetivos.

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

Objetivos de la nota de enfermería.

- ✓ Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente.
- ✓ Dejar constancia de los problemas presentados por el paciente y los cuidados de enfermería brindados.
- ✓ Colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente.
- ✓ Servir como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal.
- ✓ Estudios de investigación.

Componentes de las notas de enfermería.

- ✓ Fecha.
- ✓ Hora.
- ✓ Contenido.
- ✓ Firma.

El contenido de las notas de enfermería debe cumplir los aspectos siguientes.

- ✓ Observaciones hechas en el momento de admisión del paciente.
- ✓ 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 medicamentos o tratamientos.
- ✓ Enseñanza impartida y apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.

La información esencial de una nota de enfermería comprende lo siguiente:

1. Cualquier cambio de conducta:

- ✓ Indicaciones de emociones fuertes, como ansiedad o miedo.
- ✓ Cambios importantes en el estado de ánimo.
- ✓ Un cambio en el nivel de conciencia.

2. Cualquier cambio en el funcionamiento físico como:

- ✓ Pérdida de equilibrio.
- ✓ Pérdida de fuerza.
- ✓ Dificultad auditiva o visual.

3. Cualquier signo o síntoma físico:

- ✓ Sea grave, ejemplo: dolor intenso.
- ✓ Un aumento de la temperatura corporal.
- ✓ Pérdida de peso gradual.
- ✓ Incapacidad para la movilidad tras cirugía

4. Cualquier intervención de enfermería proporcionada como:

- ✓ Medicaciones administradas.
- ✓ Tratamientos.
- ✓ Educación.

Para que una nota sea completa debemos elaborarlas contestando las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cómo se encuentra el paciente?
- ✓ ¿Qué le observa y que refiere el paciente?
- ✓ ¿Qué le hace?
- ✓ ¿Cómo lo deja?

Los aspectos que se evalúan en la redacción de las notas de enfermería son:

- ✓ Que sean sistemáticas.
- ✓ Lógicas.
- ✓ Claras.
- ✓ Concretas.
- ✓ Precisas.
- ✓ Breves.
- ✓ Objetivas.
- ✓ La narración con orden lógico.
- ✓ El vocabulario que sea técnico.
- ✓ Lenguaje claro.
- ✓ Evitar abreviaturas.

Uso de la tinta.

Todas las anotaciones de la historia del paciente se realizan con tinta oscura de forma que el registro sea permanente y pueden identificarse los cambios. Las anotaciones han de ser legibles, y que se entienda con facilidad. Por lo regular se utiliza color azul en el turno de mañana y rojo en el turno de la noche.

Exactitud.

Es esencial que las anotaciones en los registros sean exactas y correctas. Las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones exactas, en lugar de opiniones o interrupciones de una observación. Una escritura correcta es esencial para la exactitud del registro. Si no se está seguro de cómo se escribe una palabra debe consultar un diccionario.

Integridad.

La información que se registre ha de ser completa y útil para el paciente, los médicos, otras enfermeras y trabajadores que intervengan en la asistencia sanitaria. Sin embargo, la historia del paciente puede utilizarse para indicar el tipo de cuidado administrativo. Una anotación completa para un paciente que ha vomitado (comprende la hora, la cantidad, el color y el olor del vómito, y cualquier otro dato sobre el paciente).

Importancia de las Notas de Enfermería.

- ✓ Poder evaluar la evolución de la enfermedad del paciente.
- ✓ Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.
- ✓ Se puede identificar las necesidades del paciente.

Recordatorio Importante.

Desde el punto de vista legal una nota de enfermería bien redactada y elaborada a tiempo servirá como respaldo al momento de deducir responsabilidades en el cuidado del paciente, puede ser arma de dos filos la cual puede salvar o incriminar, ya que el expediente clínico es un instrumento de registro con implicaciones legales y la hoja de anotaciones de enfermería está incluida en el. (Martínez Ques AA. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo observacional de corte transversal.

Área de estudio: El estudio se realizó en el hospital regional Asunción del departamento de Chontales, localizado en la cabecera, la ciudad de Juigalpa, Abril 2013.

Unidad de análisis: Es el personal de enfermería encargado de dar cumplimiento a las indicaciones médicas consignadas en el expediente.

Unidad de observación: El expediente clínico.

Universo: La totalidad de expedientes de pacientes que al egresar estaban en un área de la ruta crítica, un total de 340 egresos hospitalarios. Las áreas de la ruta crítica son Unidad de Cuidados Especiales de Adulto (UCE/A), Unidad de Cuidados Especiales Pediátrica (UCE/P), Neonatología y Labor y Partos.

Calculo del tamaño de la muestra: Se optó por utilizar una herramienta de cálculo virtual a través de la red de las Bibliotecas (UNNE), departamento de Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos (MEDLINE).

Estrategia de muestreo:

Se diseñó un muestreo probabilístico por conglomerados en el que cada área de la ruta crítica representa un conglomerado que consistía según la productividad de egresos de cada uno de ellos, obteniendo 249 expedientes para el tamaño de la muestra sumando la participación de cada conglomerado, que fué obtenido utilizando la aplicación informática del Epi Info 'StatCal', con los criterios mostrados en el cuadro a continuación:

Tamaño y asignación muestral

	Conglomerados				Tamaño muestral
	UCE/ A	UCE/ P	Labor y Partos	Neonato	
Margen de error	5	5	5	5	
Nivel de Confianza	95	95	95	95	
Universo	18	8	187	127	
Nivel de heterogeneidad	50	50	50	50	
Tamaño muestral	18	8	127	96	249

Variables

Para el objetivo 1: Características del personal de salud que participa en el estudio:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Categoría de enfermería.

Para el objetivo 2. Diferencias del manejo de los registros de enfermería en el expediente clínico:

- a) Orden
- b) Identificación.
- c) Legibilidad
- d) Precisión
- e) Interrelación
- f) Cronología actualización
- g) Exactitud
- h) Color de la tinta.
- i) Fecha
- j) Firma
- k) Sello.

Para el objetivo 3: Relación entre el cumplimiento de la normativa del expediente clínico con el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas.

- a) Cinco exactos

Criterios de selección:

- ✓ Inclusión: Expedientes clínicos de pacientes que han egresado durante el período del estudio.
- ✓ Expedientes resguardados en el archivo.
- ✓ Expedientes del manejo en hospitalización.

Criterios de exclusión:

- ✓ Expedientes clínicos de pacientes que egresaron fuera del período del estudio.
- ✓ Expedientes fuera del archivo.
- ✓ Expedientes que no presentaron estancia hospitalaria.

Fuente y obtención de los datos.

La fuente es de tipo primaria, los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un instrumento diseñado para fines exclusivos de este estudio.

Técnica.

La investigadora principal del estudio, aplicó el instrumento –lista de chequeo- a los expedientes seleccionados por cada servicio incluido en el estudio.

Instrumento.

Fue diseñado según los objetivos del estudio y considerando las preguntas de investigación del mismo enfatizando en la normativa de uso del expediente clínico y fundamentos de la práctica de enfermería. Previo a su aplicación, fue validado aplicándolo a expedientes de otras áreas del hospital y mediante la opinión de experto.

Se implementó un instrumento adicional que contenía los datos requeridos para indagar sobre las características generales del personal de salud que participó en el estudio; en este instrumento se planteó: sexo, edad, profesión, iniciales del nombre por cada expediente y/o nota realizada, así como otros registros revisados dentro del expediente clínico.

Procesamiento.

Los datos recabados en cada formato, fueron ‘grabados’ en tabla de datos diseñada en Epi Info versión 3.5.4. Las tablas de salida generadas con Epi Info, fueron procesadas en MS Excel, el texto del documento fue realizado en MS Word.

Análisis de los datos.

Las variables fueron analizadas según estadísticos de resumen de datos (media, mediana, moda, desviación estándar, mínimo, máximo, p25, p75, recorrido intercuartílico).

Para presentar los resultados.

De acuerdo a las salas estudiadas en la ruta crítica, se estructuraron tres categorías en los diferentes apartados de revisión de la nota de enfermería contenida en el expediente clínico: Bueno(100%), Regular(50% - 99%) y Malo(-50%) , dependiendo del comportamiento de cada variable que integra el apartado correspondiente, en la categoría Bueno se clasificó el que cumplían todos criterios esperados, si no cumplía la totalidad pero sí la mitad o más se clasificó como Regular y el que cumplía menos de la mitad de los criterios esperados fue clasificado como Malo. Para la obtención de la proporción de criterios cumplidos del total de los esperados se omitió aquellas observaciones en los que la respuesta fue 'No aplica' y en los 'No valorable.

Trabajo de campo.

La recolección de la información partió de contar con la autorización de la dirección del hospital Regional 'Asunción', mediante el envío de una carta de solicitud para el mismo, en el que era detallado los objetivos del estudio y el compromiso de manejo ético de los datos recabados. No hubo mayores contratiempos con la obtención del permiso y así se giró orientación a la responsable de estadísticas para apoyar el estudio facilitando los expedientes a ser revisados.

Para iniciar con el proceso de recolección de la información, se ejecutó un pilotaje del instrumento, aplicándose a 12 expedientes de pacientes que egresaron de servicios que no corresponden a la ruta crítica del hospital, es decir que no pertenecían a las áreas incluidas en el estudio, se logró hacer ajustes mínimos del instrumento.

En lo que correspondió a la recolección de la información, el personal de estadística garantizó la búsqueda de los expedientes del archivo. La aplicación del pilotaje fue aprovechado para entrenar a 6 personas que apoyaron la revisión de los expedientes, estas personas eran estudiantes de la Licenciatura de Enfermería Materno-Infantil, que fueron seleccionadas considerando el que no hubiesen rotado por las áreas de la ruta crítica previamente, como una forma de controlar el sesgo de información. La capacitación incluyó, además del uso del instrumento, la normativa 004 del manejo del expediente clínico.

El proceso de recolección de la información duró dos semanas incluyendo horas en fin de semana, actividad que se realizó en la biblioteca del hospital, dedicando en promedio 4 horas por día por cada una de las personas. La investigadora principal fungió como supervisora del proceso de recolección de los datos, y así permanecía con el resto del equipo para atender y dilucidar situaciones confusas según la información consignada en el expediente.

De todos los expedientes seleccionados en el marco de muestreo, solamente 5 no se encontraron en el archivo clínico, cifra que estaba cubierta con el porcentaje esperado de 'no respuesta', por lo que no fue necesario incorporar otros expedientes en su lugar.

Para identificar las características generales del personal de salud que participó en el estudio.- Fue necesario solicitar información en la oficina de recursos humanos, para lo cual, se revisó la fecha de nacimiento, edad, sexo y ocupación. Información que fue revisada de la base de datos de la oficina de Recursos Humanos de la unidad de salud donde se elaboró el estudio.

La referencia de búsqueda de información fue mediante la firma de cada persona o el nombre que aparecía plasmado en el expediente clínico de acuerdo a la nota revisada; La información fue recolectada a través de una tabla diseñada para este fin, que contenía las variables ya mencionadas en este acápite.

Una vez concluido el proceso de recolección de la información, se procedió al proceso de introducción a la base de datos descrita en el diseño metodológico.

Consideraciones éticas.

El diseño del estudio no incluyó la interacción directa con los y las pacientes, por lo que no fue necesario la aplicación de consentimiento informado, sin embargo, como ha sido mencionado, se ha cumplido el ofrecimiento que se hizo a las autoridades del hospital de utilizar los datos recabado con fines exclusivos para el presente estudio y no está en riesgo en la formulación de los resultados el mostrar la identidad de los y las pacientes.

VII. RESULTADOS.

1. Características generales del personal de salud.

Fueron revisados 249 expedientes en los que hubo participación de un total de (83) recursos de enfermería de las diferentes salas de la ruta crítica. El 82 % (68) son del sexo femenino y 18 % (15) son hombres. Al grupo etareo de 34+ años pertenece el 39.3%.(33)

Según las categorías por ocupación fueron: Enfermeras especialistas, enfermeras generales, en servicio social y estudiantes de estudiantes de 5to año materno infantil. (Ver Cuadro 1).

2. Manejo del expediente clínico en las áreas de la ruta crítica.

Orden del expediente clínico.

Numeración es correcta de cada formato dentro del expediente.- El 73.5% (183) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 74%. (94), de Neonato el 81.1% (77), de UCE/A el 42.1% (8) y el 5% (4) de los de UCE/P.

Cada formato contiene el número del expediente.- El 79.9% (199) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 85.8 % (109), de Neonato el 70 (73.7), de UCE/A el 78.9% (15) y el 62.5% (5) de los de UCE/P.

Cada formato contiene la identificación del paciente.- El 96.4%, (240) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 96.9%, (123), de Neonato el 95.8 % (91), de UCE/A el 94.70% (18) y el 100% (8) de los de UCE/P. (Ver Cuadro 2).

Al considerar todos los ítems implicados en la característica 'Orden del Expediente', tienen Buen orden el 30.5% (76), Regular el 63.1% (157) y en 6.4%.(16), el orden es Malo.

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al orden dentro del expediente clínico.- Para la sala de Labor y Parto solo el 11% (14) se encontró en la categoría Bueno), en la categoría Regular se encontró el 84.3% (107), en la categoría Malo se ubicó el 4.7% (6).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al orden dentro del expediente clínico.- Para sala de NN se encontró el 56.8% (54) en la categoría Bueno, la categoría Regular ocupó el 36.8% (35), en la categoría Malo se ubicó el 6.3% (6).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al orden dentro del expediente clínico.- En sala de UCE/A se ubicó en la categoría Bueno 21.1% (4), en la categoría Regular se encontró 68.4% (13), en la categoría Malo se encontró el 10.5% (2).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al orden dentro del expediente clínico.- En sala de UCC/P para la categoría Bueno se ubicó el 50% (4), para la categoría Regular se ubicó el, 25% (2), en la categoría Malo fueron 25% (2). (Ver Cuadro 3).

Aspectos Generales de los registros de Enfermería.

Siempre se anota hora y fecha la nota de enfermería.- El 90.8% (226) de todos los de los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 91.3% (116), de Neonato el 88.4% (84), de UCE/A el 94.7% (18) y el 100% (8) de los de UCE/P

La caligrafía permite fácil lectura en la nota de enfermería.- El 69.9% (174) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 85% (108), de Neonato el 51.6% (49), de UCE/A el 57.9%, (11) y el 75 % (6) de los de UCE/P

Cumplen en su redacción con las reglas ortográficas.- El 55.8% (139) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 80.3%

(102), de Neonato el 26.3% (25), de UCE/A el 36.8% (7) y el 62.5% (5) de los de UCE/P.

Respetan orden cronológico en las indicaciones médicas.- El 67.9% (169) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos 79.5% (101), de Neonato el 52% (50) de UCE/A el 68.4% (13) y el 62.5% (5) de los de UCE/P.

Se actualizan las indicaciones médicas.- El 42.2% (105) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos 24.4% (31), de Neonato el 62.1% (59), de UCE/A el 52.6%, (10) y el 62.5% (5) de los de UCE/P.

Es adecuado el uso del color de la tinta.- El 92.4% (230) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos 90.6% (115), de Neonato el 94.7% (90), de UCE/A el 100% (19) y el 75% (6) de los de UCE/P.

La Firma de quien redacta está siempre presente.- El 90.8% (226) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos 92.1% (117), de Neonato el 89.5% (85), de UCE/A el 84.2% (16) y el 100% (8) de los de UCE/P.

El sello de quien lo redacta siempre está presente.- El 24.9% (62) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos 28.3% (36), de Neonato el 24.2% (23), de UCE/A el 10.5% (2) y el 12.5% (1) de los de UCE/P. (Ver Cuadro 4).

Categorías de cumplimiento relacionados con aspecto generales dentro del expediente clínico.- En todas las salas para la categoría Bueno.- El 36.9% (8), para la categoría Regular el 83.9% 209 en la categoría Malo se ubicó el 12.9% (32)

Categorías de cumplimiento relacionados con aspecto generales dentro del expediente clínico.- Para la sala de Labor y Parto solo el 4.7% (6) se encontró en la categoría Bueno, en la categoría Regular se encontró el 85% (109), en la categoría Malo se ubicó el 9.4% (12).

Categorías de cumplimiento relacionados con aspecto generales dentro del expediente clínico.- Para la sala de NN se encontró el 2.1% (2) en la categoría Bueno, la categoría Regular ocupó el 80% (76), en la categoría Malo se ubicó el 17% (17.9).

Categorías de cumplimiento relacionados con aspecto generales dentro del expediente clínico.- En sala de UCC/A se ubicó en la categoría Bueno 0% (0), en la categoría Regular se encontró 89.50% (17), en la categoría Malo se encontró el 10.5% (2).

Categorías de cumplimiento relacionados con aspecto generales dentro del expediente clínico.- En sala de UCC/P para la categoría Bueno se ubicó el 0% (0), para la categoría Regular se ubicó el 87.5% (7), en la categoría malo fueron 12.5% (1). (Ver Cuadro 5).

Cumplimiento del Contenido de la nota de enfermería.

La condición general del paciente descrita en la nota de enfermería.- El 47.8% (119) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 37.6% (35), de Neonato el 68.4% (65), de UCE/A el 73.7%, (14) y el 62.5% (5) de los de UCE/P.

Elementos acerca de la reacción a los medicamentos y tratamientos administrados a los pacientes.- El 13.7% (34) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 11% (14), de Neonato el 13.7% (13), de UCE/A el 26.3% (5) y el 11% (14) de los de UCE/P.

La condición de higiene y cuidados brindados a los pacientes.- El 33.3% (83) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 20.5% (26), de Neonato el 54.7% (52), de UCE/A el 10.5% (2) y el 37.5% (3) de los de UCE/P.

Aspectos sobre la efectividad de los medicamentos o tratamientos.- El 7.2% (18) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 11% (14), de Neonato el 4.2% (4), de UCE/A el 0% (0) y el 0% (0) de los de UCE/P.

Aspectos sobre enseñanza impartida y evaluación del aprendizaje.- El 8.40% (21) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y parto el 13.4% (17), de Neonato el 3.2% (3), de UCE/A el 5.3% (1) y el 0% (0) de los de UCE/P.

Qué le observa y qué refiere el paciente.- El 36.5% (91) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 22% (28), de Neonato el 57.9% (55), de UCE/A, 26.3% (5) y el 37.5% (3) de los de UCE/P.

Qué le hacen al paciente.- El 87.6% (218) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 93.7% (119), de Neonato el 81.1% (77), de UCE/A el 78.9% (15) y el 87.5% (7) de los de UCE/P.

Cómo entregan al paciente (al concluir el turno.- El 90.8% (236) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 96.1% (122), de Neonato el 84.2% (80), de UCE/A el 89.5% (17) y el 87.5% (7) de los de UCE/P. (Ver Cuadro 6).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al contenido de la nota de enfermería.-En todas las salas para la categoría Bueno.- El 7.6% (19), para la categoría Regular el 49.4 % (123 %), en la categoría Malo se ubicó el 40.2% (100)

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al contenido de la nota de enfermería.- Para la sala de Labor y Parto solo el 7.9% (10) se encontró en la categoría Bueno), en la categoría Regular se encontró el 26% (33) en la categoría Malo se ubicó el 66.1% (84).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al contenido de la nota de enfermería.-Para la sala de NN se encontró el 9.5% (9) en la categoría Bueno, la categoría Regular ocupó el 72.6% (69), en la categoría Malo se ubicó el 13.7% (13).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al contenido de la nota de enfermería.-En sala de UCC/A se ubicó en la categoría Bueno 0% (0), en la categoría Regular se encontró 73.7% (14), en la categoría Malo se encontró el 15.8% (3).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al contenido de la nota de enfermería.- En sala de UCC/P para la categoría Bueno se ubicó el 0% (0), para la categoría Regular se ubicó el, 87.5% (7), en la categoría malo fueron 0% (0). (Ver Cuadro 7)

3. Cinco exactos dentro del expediente clínico transcritos en los registros de enfermería.

Están plasmados los datos de identificación del paciente correctamente identificables

- El 96% (239) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 96.90% (123), de Neonato el 94.7% (90), de UCE/A el 94.7% (18) y el 100% (8) de los de UCE/P.

En los registros de enfermería está transcrito el medicamento exacto consignado en la indicación médica.- El 24.9% (62) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 16.5% (21), de Neonato el 33.7% (32), de UCE/A el 31.6% (6) y el 37.5% (3) de los de UCE/P.

En los registros de enfermería está transcrita la vía de administración exacta consignada en la indicación médica.- El 20.1% (50) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 15% (19), de Neonato el 24.2% (23), de UCE/A el 26.3% (5) y el 37.5% (3) de los de UCE/P.

En los registros de enfermería está transcrita la dosis exacta del medicamento consignada en la indicación médica.- El 20.1% (50) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 17.3% (22), de Neonato el 21.1% (20), de UCE/A el 26.3% (5) y el 37.5% (3) de los de UCE/P.

En los registros de enfermería está transcrita la hora exacta de administración del medicamento consignada en la indicación médica.- El 19.3% (48) de todos los expedientes revisados cumplió con este ítem. Del área de Labor y partos el 14.2% (18), de Neonato el 23.2% (22), de UCE/A el 31.6% (6) y el 25% (2) de los de UCE/P.

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados a los cinco exactos dentro del expediente clínico, transcritos en la nota de enfermería.- Según las categorías de

cumplimiento, para esta variable se encontró que, en todas las salas para la categoría Bueno.- El 22.5% (56), para la categoría Regular el 28.1% (70 %), en la categoría Malo se ubicó el 49.4% (123)

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados a los cinco exactos dentro del *expediente clínico*, transcritos en la nota de enfermería.- Para la sala de Labor y Parto solo el 34.7% (14) se encontró en la categoría Bueno), en la categoría Regular se encontró el 35.8% (27) en la categoría Malo se ubicó el 67.7% (86).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados a los cinco exactos dentro del expediente clínico, transcritos en la nota de enfermería.- Para la sala de NN se encontró el 34.7% (33) en la categoría Bueno, la categoría Regular ocupó el 35.8 % (34), en la categoría Malo se ubicó el 29.5%, (28).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados a los cinco exactos dentro del expediente clínico, transcritos en la nota de enfermería.- En sala de UCC/A se ubicó en la categoría Bueno 26.3% (5), en la categoría Regular se encontró 42.1% (8), en la categoría Malo se encontró el 56.6% (12.6).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados a los cinco exactos dentro del expediente clínico, transcritos en la nota de enfermería.- En sala de UCC/P para la categoría Bueno se ubicó el 50% (4), para la categoría Regular se ubicó el, 12.5% (1), en la categoría malo fueron 75.5% (8.5). (Ver Cuadro 10).

La indicación médica en el plan terapéutico con la vía exacta para la administración de medicamento, consignada en la nota de enfermería.- Para Labor y parto 15.4% (123), en sala de neonato un 29.4% (85), en la UCE/A 26.7% (15), UCE/P 42.9 (7), con un total para todas las salas 22.2%(230)

La indicación médica en el plan terapéutico con la dosis exacta para la administración de medicamento, consignada en la nota de enfermería.- Para Labor y parto 18.3% (120), en sala de neonato un 26.3% (76), en la UCE/A 35.3% (17), UCE/P 42.9 (7), con un total para todas las salas 23.2%(220).

La indicación médica en el plan terapéutico con el intervalo de hora exacta para la administración de medicamento, consignada en la nota de enfermería.- Para Labor y parto 15.7% (121), en sala de neonato un 30.7% (75), en la UCE/A 41.2% (17), UCE/P 28.6 (7), con un total para todas las salas 23.2%(220). (Ver Cuadro 10).

VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

1. El personal de enfermería que participó en el estudio, en su mayoría fueron del sexo femenino, la categoría con mayor número de personal fueron, enfermeras especialistas. Según la teoría revisada no existe relación entre las categorías y el profesionales y el sexo, con el buen o mal cumplimiento de la normativa del expediente clínico, lo que se pone de manifiesto es que todo personal autorizado en la atención del paciente debe cumplir con exactitud las normativas establecidas, con gran énfasis en el buen uso y manejo del expediente clínico, como herramienta fundamental para evidenciar la calidad de la atención brindada al paciente, así como para un alegato médico legal, *(Ver anexo Cuadro 1)*
2. El estudio revela una mínima diferencia entre los conglomerados, en el manejo de los registros de enfermería, se afirma que la ruta crítica es el área priorizada en todos los establecimientos de salud, por lo tanto la calidad en el manejo de los registros en el expediente clínico deben ser similares, sean estos muchos o pocos egresos que produce cada sala. Según las categorías establecidas como: Bueno, Regular y Malo los resultados son negativos para todas las salas en estudio.

En cuanto al uso correcto del orden del expediente clínico, solo en sala de Neonato se encontró el mayor porcentaje de buen cumplimiento en sala de Neonato, seguido de UCC/P con regular cumplimiento; en sala de Labor y Parto con un mal porcentaje

Es importante precisar que la ruta crítica por su característica evidentemente es área priorizada en el manejo de pacientes, en la dotación de recursos humanos calificados e insumos, sujetos a monitoreo y evaluaciones permanente.

Por lo tanto no se corresponde con la teoría de la Norma 004 '*Norma para el Manejo Expediente Clínico*'. Donde plantea que se debe cumplir correctamente con el orden del expediente clínico en todos los servicios según sus características para que la

información sea de calidad, con mayor énfasis en aquellas donde se consideren áreas prioritizadas. (Ver anexo cuadro 4)

Al analizar las Categorías de cumplimiento en relación con aspecto general dentro del expediente clínico por cada sala en estudio, se encontró que no existe una diferencia importante, los resultados son negativos entre las salas según las categorías de cumplimiento.

En Labor y Parto la categoría Regular en el mayor porcentaje, muy similar con la sala de neonato que se ubica con la categoría Regular para el mayor porcentaje de cumplimiento.

No así en sala de UCE/P y UCE/A las cuales no ubicaron a ningún expediente en la categoría bueno para los aspectos generales dentro del expediente clínico, no cumplió con todos los aspectos generales que el personal de enfermería debió registrar.

Al igual que en las variables anteriores, no se corresponde con la teoría de los registros de enfermera que expresan “deben ser íntegros y exactos (Ver cuadro 6).

Categorías de cumplimiento con aspectos relacionados al contenido de la nota de enfermería los resultados siguen siendo negativos aunque exista diferencia mínima entre ellas.

En sala de Labor y Parto se ubicó con el mayor porcentaje en la categoría Malo, lo que significa que las notas de enfermería no cumple con los aspectos generales relacionados en su contenido.

En sala de neonato se encontró el mayor porcentaje de cumplimiento en la categoría regular.

En sala de UCE/A, UCE/P con resultados negativos para esta variable. Donde ninguno se ubicó en la categoría bueno, por lo tanto no se corresponde con la teoría de los registros de enfermera que expresan “deben ser íntegros y exactos (Ver anexo Cuadro 8)

3. Existe una relación negativa en cuanto al cumplimiento de la normativa del expediente clínico, identificado mediante el análisis las Categorías de cumplimiento en el registro de enfermería de los cinco exactos dentro del expediente clínico.

Analizado desde la perspectiva que en la medida que menos se cumple con la normativa, más errores se encuentran en la actividad funcional que lo amerita.

Labor y Parto en la categoría Malo se ubicó con el mayor porcentaje que presenta resultados negativos, en el cumplimiento de los cinco exactos.

En sala de neonato todas las categorías tienen porcentajes similares e insatisfactorios.

En sala de UCE/A categoría Malo se encontró el un alto porcentaje en la categoría malo, por lo tanto, al igual que en la variables anteriores, no se corresponde con la teoría de los registros de enfermera que expresan “deben ser íntegros y exactos “

En sala de UCE/P para la categoría Malo representó el mayor porcentaje con mostrando resultados negativos para los cinco exactos dentro del expediente clínico, lo que manifiesta una relación negativa ya que cuando menos se aplica la normativa de uso del expediente clínico menos evidencia escrita se encuentra de la atención brindada al paciente manifestado en mala calidad de atención de enfermería quien no evidencia su quehacer diario.

Al igual que en las variables anteriores no se corresponde con la teoría de los registros de enfermera que expresan “deben ser íntegros y exactos “. La Norma 004 ‘*Norma para el Manejo Expediente Clínico*’. Manifiesta que: El personal de salud involucrado en el manejo del expediente clínico es responsable él del mismo y de las situaciones médico – legales y bio -éticas que resulten. “Norma 004 ‘*Norma para el Manejo Expediente Clínico*’. (Ver Cuadro 8)

Es entonces donde la teoría confirma que existe una relación negativa puesto que siendo el expediente clínico una herramienta sumamente importante en aportar

información veraz, completa y objetiva sujetas a monitoreo permanente como prioridad gerencial en garantía de la calidad en aquellas áreas priorizadas por la institución, sobre todo en la ruta crítica cuya visión es contribuir a la disminución de las tasas de morbi- mortalidad. No se encontró resultados satisfactorios en los registros de enfermería y la ruta crítica no tiene un flujo de información de monitoreo perenemente documentado mediante aplicación de la guía de evaluación de la normativa del uso del expediente clínico.

IX. CONCLUSIONES

Después de haber concluido el proceso de investigación científica planteando como problema de investigación. ¿Cuál es la relación entre el cumplimiento de la norma de uso del expediente clínico con el cumplimiento de las indicaciones por parte del personal de enfermería en el Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales abril 2013?

1. No se identificó relación entre las características generales del personal de salud que participa en el estudio con el cumplimiento de la normativa del expediente clínico y el cumplimiento de las indicaciones médicas, no existe dentro de la teoría que justifique tanto la edad como la categoría profesional en el buen o mal uso de las normativa del expediente clínico, sin embargo pone de manifiesto que todo personal autorizado en la atención del paciente debe cumplir con exactitud lo establecido para la atención del mismo.
2. Se encontró una mínima diferencias en el cumplimiento de las indicaciones médicas entre las áreas de la ruta crítica según el manejo del expediente clínico en los registros de enfermería. Aunque con resultados negativos en el no cumplimiento de la normativa de uso del expediente clínico, aplicado a los registros de enfermería.
3. Al analizar la relación entre el cumplimiento de la normativa del expediente clínico con el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del personal de enfermería, de acuerdo a las categorías de análisis, bueno, regular y Malo, se encontró relación negativa, puesto que mientras menos se aplica correctamente la normativa de manejo del expediente clínico, más se pone de manifiesto la mala calidad de los registros de enfermería dentro del mismo.

La relación principal se manifiesta según el estudio mismas debilidades en el manejo de los registros de enfermería.- Donde se observa deficiente aplicación de la Norma

004 'Norma para el Manejo Expediente Clínico' en la ruta crónica aun siendo esta una área priorizada para las unidades hospitalarias.

X. RECOMENDACIONES.

El nivel central (MINSA):

1. Debe solicitar el informe de calidad del manejo del expediente clínico que genera cada institución donde se oferta servicios de salud; analizar y retroalimentar dichos resultados. Sobre todo en áreas de la ruta crítica.

Los gerentes de SILAIS Chontales:

1. Deben realizar supervisión capacitante en lo que se refiere al manejo correcto del expediente clínico y la aplicación correcta de la **“Norma 004 ‘Norma para el Manejo Expediente Clínico’”**.

En la subdirección médica del Hospital Escuela Asunción:

1. Se debe mantener activo comité de calidad del expediente clínico.
2. Evaluación mensual de los resultados así como la retroalimentación de los mismos.
3. Proyectar estudios de control de calidad del expediente clínico.

El departamento de enfermería en conjunto con la oficina de Recursos Humanos:

1. Deben capacitar de manera intensiva al personal de nuevo ingreso, con la normativa del expediente clínico, haciendo ejercicios prácticos en su ejecución dentro del expediente clínico.
2. Hacer efectivo el monitoreo del expediente clínico y retroalimentar las debilidades con ciclos de mejora rápidos dentro del personal de enfermería.
3. Hacer monitoreo de los registros de enfermería, documentar sus resultados hacer reforzamiento según incidencias.

4. Hacer círculos de estudio de la norma del expediente clínico con el personal de enfermería.
5. Que los resultados de este estudio den salida a otros estudios relacionados con el manejo del expediente clínico mediante la aplicación “**Norma 004 ‘Norma para el Manejo Expediente Clínico’**”. Y el buen cumplimiento de las indicaciones médicas.

Escuelas formadoras:

1. Deben incluir dentro de su pensum de formación el estudio de la normativa de uso y manejo del expediente clínico “**Norma 004 ‘Norma para el Manejo Expediente Clínico’**”. Con previa ejercitación en clases prácticas.

XI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería; 1995.
2. Bruguera, M. et al. Análisis médico-legal de las reclamaciones judiciales en cirugía bariátrica. Cirugía Española. Volumen 90, Issue 4, April 2012. Pages 254-259.
3. Gilabent Careta Carme. Elaboración de un sistema de registros de enfermería; aspectos legales y éticos. Julio-Agosto 1997; 5-55. Artículo.
4. Gutiérrez de Terán Moreno G. Aspectos legales de los registros de enfermería. Enfermería Clínica 3 (1):21-4.
5. Gutiérrez, R. et al. Revista Med Hosp Gen Mex. 2011; 74:30-4 - vol.74 núm. 01.
6. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Guía para el Manejo del Expediente Clínico en las Empresas Médicas Previsionales (EMPs) y Unidades de Salud de Riesgo Profesionales (USRPs). Managua, Nicaragua 2006.
7. Karkkainen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care; a qualitative metasynthesis. Nurs Ethics. 12 Mar 2005 (2) pag 123-32.
8. López, f. et. A. Revista Evidencia de Investigación clínica. 2009; 2 (2): 70-74
9. Managua; Nicaragua Ministerio de Salud. Normativa del manejo del expediente clínico mayo 2008; 81 p tab.
10. Martínez Ques AA. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Galega de Actualidad Sanitaria. - marzo 2004; Vol.3. Nº 1.
11. Managua, Nicaragua, Ministerio de Salud. Norma técnica para el manejo del expediente clínico y Manual de análisis del expediente clínico. 2007.
12. Nicaragua Ministerio de salud. Norma 004 'Norma para el Manejo Expediente Clínico; 2008.
13. Ramos Martínez-Vague, Arturo J. La ley de información y documentación clínica. Noviembre 2002; 803-815.nº 88.

Webgrafia:

1. <http://med.unne.edu.or/biblioteca/calculos.htm>.

ANEXOS

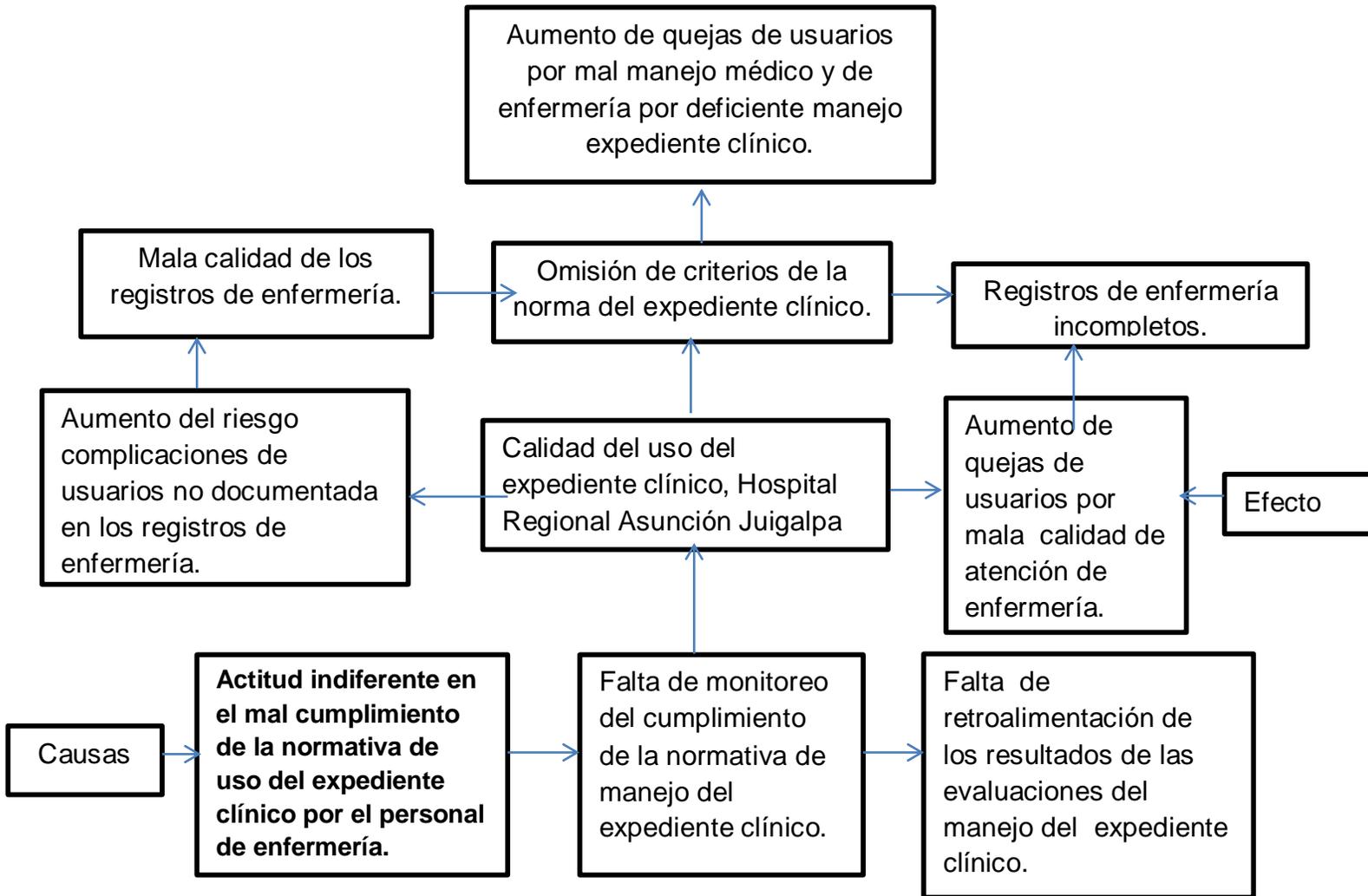
Anexo 1. Tablas de Operacionalización de Variables

Variable	INDICADOR ES	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
1. Relación que existe entre las características generales del personal de enfermería que participa en el estudio con el cumplimiento de la normativa del expediente clínico.	Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio	21 24 25 – 33 34 a mas	(Ordinal)
	Sexo	Distribución de genero		Hombre Mujer Nominal
	Categoría Profesional	nivel técnico y profesionalización alcanzado por el personal de enfermería dentro del estudio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ General ✓ Especialista ✓ Servicio social ✓ Estudiantes 	Nomina

Variable	INDICADORES	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
2. Diferencias del manejo de los registros de enfermería en el expediente clínico:	Orden del expediente.	Forma en que la norma explicita debe estar organizado cada expediente clínico.	Ubicación de cada formato Numeración de cada hoja Número de Expediente. Identificación del paciente	Nominal
	Aspecto generales de los registros de enfermería	Aspectos que deben encontrarse en los diferentes formatos del expediente y que son llenados por enfermería	Identificación del paciente. Hora y fecha Caligrafía Ortografía Cronología Actualización Color tinta Firma Sello	
	Aspectos de contenido de las notas de enfermería.		Precisión Objetividad Exactitud Condición del paciente Tratamientos y reacciones Higiene y cuidados Efectividad de los medicamentos Aspectos de enseñanza Que observa Que refiere el paciente Que le hace al paciente Como entrega al paciente.	

Variable	INDICADORES	Definición Operacional	Valores	Escala de Medición
Relación entre el cumplimiento de la normativa del expediente clínico con el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas:	Cinco exactos	Elementos que aseguran el adecuado cumplimiento de la atención de enfermería.	Medicamento exacto Vía exacta Dosis Exacta Hora Exacta Paciente exacto	Nominal
	Cumplimiento de la norma del expediente clínico	La aplicación de la norma del expediente clínico garantiza el cumplimiento de las indicaciones médicas por el personal de enfermería calidad de señalado en los registros de enfermería	Bueno (100%) Regular (51 a 99%) Malo (menos de 50%)	Ordinal
	Diferencias en el manejo del expediente clínico por áreas de la ruta crítica	La norma del expediente clínica es única, por lo tanto debe ser uniforme su aplicación en las diferentes áreas de hospitalización	Si No	Nominal

Anexo 2. Modelo explicativo



Anexo 3. Instrumentos

Anexo 3.1 Cumplimiento de indicaciones médicas por parte del personal de enfermería del Hospital Regional ‘La Asunción’, Juigalpa, abril del 2013. Instrumento para el registro del personal participante en el uso del expediente
Hoja Número:_____

No	Exp.	Numero de Nota	Inicial	Edad	Sexo		Médico			Enfermería			
					F	M	Interno	Gral.	Esp.	Enfermera Especialista	Enfermera General	Enfermera Servicio Social	Estudiante Enfermería
1													
2													
3													
4													
5													

Anexo 3.1 Lista de Chequeo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES



Cumplimiento de indicaciones médicas por parte del personal de enfermería del
Hospital Regional 'La Asunción', Juigalpa, abril del 2013.

Lista de Chequeo para valorar el cumplimiento de las indicaciones médicas

I. Aspectos generales

1. Expediente: _____ 2. Sala: _____
3. Fecha Ingreso: ____/____/____ 4. Fecha Egreso: ____/____/____

II. Orden del expediente

5. ¿La ubicación de cada formato es la correcta?
 Si No
6. ¿La numeración de cada hoja es la correcta?
 Si No
7. ¿Cada formato contiene número de expediente?
 Si No
8. ¿Cada formato contiene la identificación del paciente?
 Si No No valorable

III. Registros de enfermería – aspectos generales.

9. ¿Contienen la identificación del paciente?
 Si No No valorable
10. ¿Siempre se anota la hora y la fecha en que es redactada?
 Si No No valorable
11. ¿La caligrafía permite fácilmente la lectura?
 Si No
12. ¿Se cumple con las reglas de ortografía?
 Si No No valorable

13. ¿Respetar el orden cronológico (fecha / hora) según son escritas las indicaciones médicas?

Si No No valorable

14. ¿Son actualizadas según las indicaciones médicas?

Si No No valorable No aplica

15. ¿Es adecuado el uso del color de la tinta del bolígrafo?

Si No

16. ¿La firma de quien la redacta está siempre presente?

Si No No valorable

17. ¿El sello de quien redacta la nota está estampado?

Si No No valorable

IV. Notas de enfermería – Contenido.

La nota de enfermería contiene:

18. ¿La condición general del paciente tomando en cuenta su estado físico y emocional?

Si No

19. ¿Elementos acerca de la reacción a los medicamentos y tratamientos administrados a los pacientes?

Si No No aplica

20. ¿La condición de higiene y cuidados brindados a los pacientes?

Si No

21. ¿Observaciones objetivas y subjetivas?

Si No

22. ¿Aspectos sobre la efectividad de los medicamentos o tratamientos?

Si No No aplica

23. ¿Aspectos sobre enseñanza impartida y evaluación del aprendizaje?

Si No No aplica

24. ¿Contiene qué le observa y qué refiere el paciente?

Si No

25. ¿Incluye qué le hacen al paciente?

Si No

26. ¿Describe cómo entregan al paciente (al concluir el turno)?

Si No No valorable

V. Los Cinco Exactos

27. ¿En la nota de enfermería está transcrito el medicamento exacto consignado en la indicación médica?

Si No No valorable No aplica

28. ¿En la nota de enfermería está transcrita la vía de administración exacta consignada en la indicación médica?

Si No No valorable No aplica

29. ¿En la nota de enfermería está transcrita la dosis exacta del medicamento consignada en la indicación médica?

Si No No valorable No aplica

30. ¿En la nota de enfermería está transcrita la hora exacta de administración del medicamento consignada en la indicación médica?

Si No No valorable No aplica

31. ¿Están plasmados los datos exactos de identificación del paciente en el expediente?

Si No No valorable No aplica

Anexo 4. Tablas y Gráficos

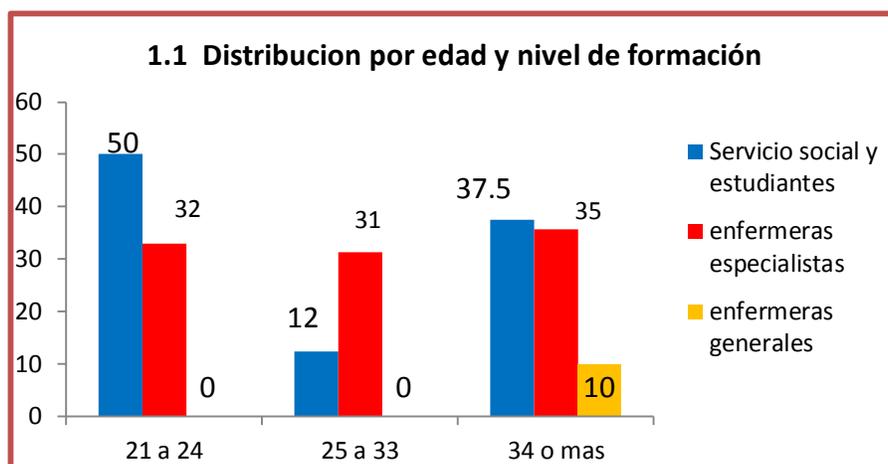
Cuadro 1. Distribución por sexo, edad y nivel de formación de los recursos humanos que intervinieron en los expedientes clínicos revisados en el estudio. Hospital Fecha tal

Tipo de recurso	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enfermeras:						
Servicio Social y Estudiantes						
21 a 24	3	60	1	33.3	4	50
25 a 33	0	0	1	33.3	1	12.5
34 o más	2	40	1	33.3	3	37.5
Sub total	5	100	3	100	8	100
Enfermera especialistas						
21 a 24	16	27.1	7	63.6	23	32.9
25 a 33	21	35.6	1	9.1	22	31.4
34 o más	22	37.3	3	27.3	25	35.7
Sub total	59	100.0	11	100.0	70	100.0
Enfermeras generales						
21 a 24	0	0	0	0	0	0
25 a 33	0	0	0	0	0	0
34 o más	4	80	1	20	5	100
Sub total	4	100	1	100	5	100
Total						
21 a 24	19	27.5	8	53.3	27	32.5
25 a 33	21	30.8	2	13.3	23	27.8
34 o más	28	41.7	5	33.4	33	39.7
TOTAL	68	100	15	100	83	100%

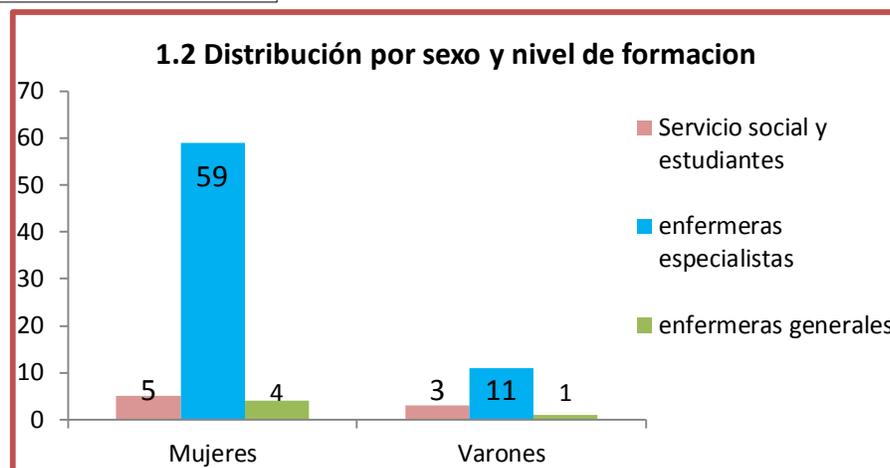
Fuente: oficina de Recursos Humanos.

Grafico 1.

Grafico 1. Distribución de los Recursos Humanos que participaron en el estudio, por sexo, edad y nivel de formación, en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013



Fuente: Tabla 1



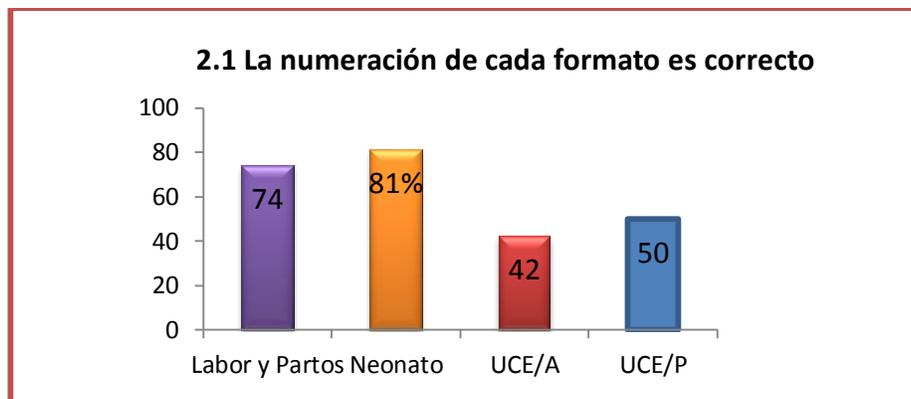
Fuente: Tabla 1

Tabla: 2 Aspectos de orden dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.

Aspecto valorado	Sala de la Ruta Crítica								Total	
	Labor y partos		Neonato		UCE / A		UCE / P			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	(IC ₉₅ =Li - Ls)		(IC ₉₅ =Li - Ls)		(IC ₉₅ =Li - Ls)		(IC ₉₅ =Li - Ls)		(IC ₉₅ =Li - Ls)	
Ubicación correcta de cada página	34	26.8	76	80.0	8	42.1	5	62.5	123	49.4
	(19.3 - 35.4)		(70.5 - 87.5)		(20.3 - 66.5)		(24.5 - 91.5)		(43.0 - 75.8)	
La numeración de cada hoja es la correcta	94	74	77	81.1	8	42.1	4	50	183	73.5
	65.5 - 81.4		71.7 - 88.4		20.3 - 66.5		15.7 - 84.3		67.6 - 78.9	
Cada formato contiene número de expediente	109	85.8	70	73.7	15	78.9	5	62.5	199	79.9
	78.5 - 91.4		63.6 - 82.2		54.4 - 93.9		24.5 - 91.5		74.4 - 84.7	
Cada formato contiene la identificación del paciente	123	96.9	91	95.8	18	94.7	8	100	240	96.4
	92.10 - 99.1		89.6 - 98.8		74 - 99.9		100-100		93.2 - 98.3	

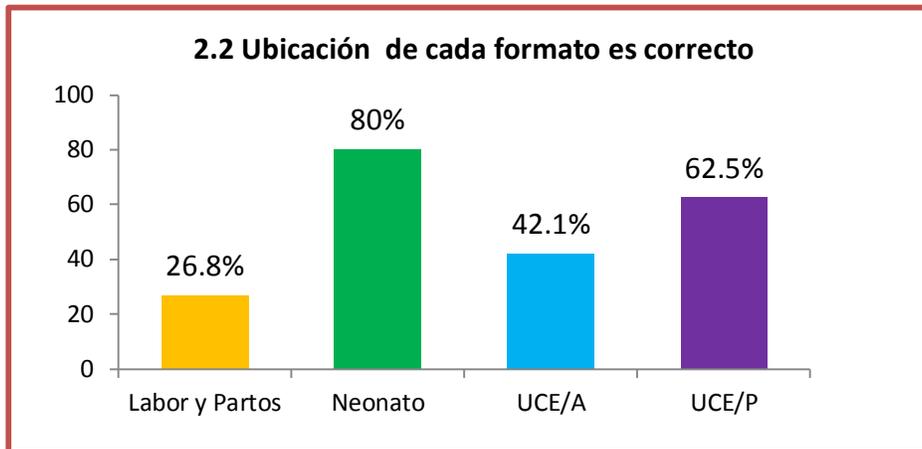
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico: 2 Aspectos de Orden dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de Abril del año 2013.

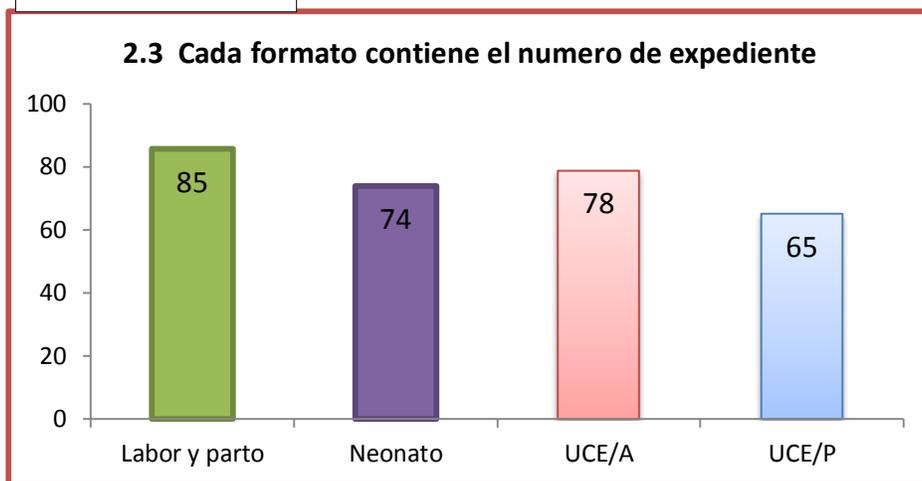


Fuente: Tabla

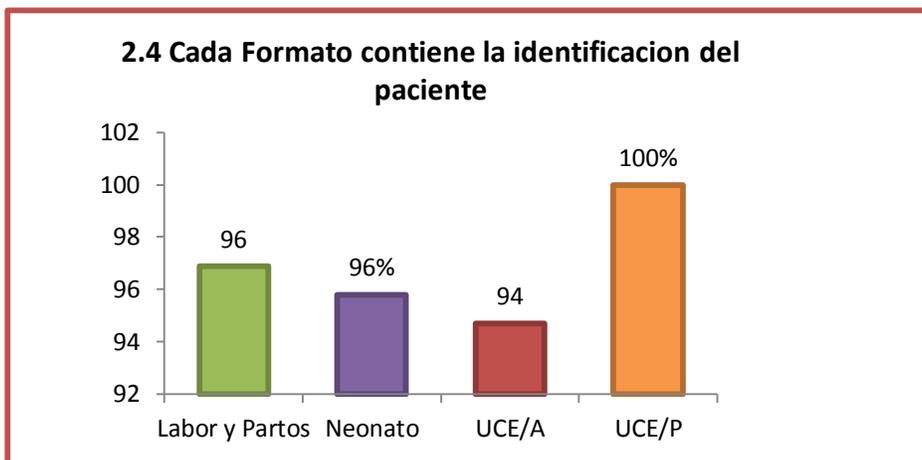
Gráfico: 2 Aspectos de Orden dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de Abril del año 2013.



Fuente: Tabla 2



Fuente: Tabla 2



Fuente: Tabla 2

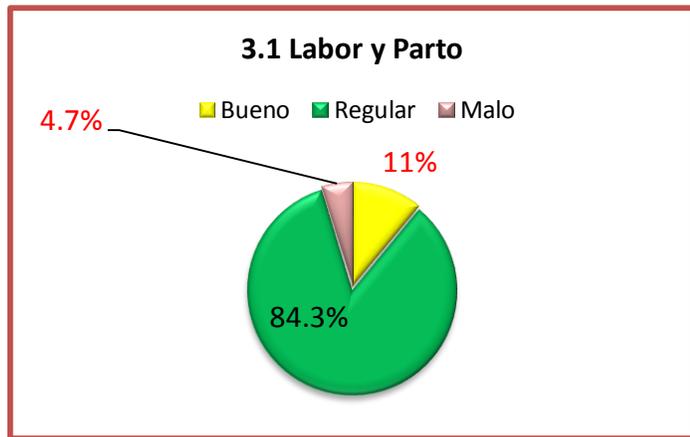
Cuadro: 3 valoración cualitativa del cumplimiento de los ítems relacionados al orden dentro del expediente clínico. /* Categorías de cumplimiento.

Sala de la ruta crítica	Valoración					
	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
Labor y partos	14	11.0	107	84.3	6	4.7
	(6.2 - 17.8)		(76.7 - 90.1)		(1.8 - 10)	
Neonatología	54	56.8	35	36.8	6	6.3
	(46.3 - 67)		(27.2 - 47.4)		(2.4 - 13.2)	
UCE / A	4	21.1	13	68.4	2	10.5
	(6.1 - 45.6)		(43.4 - 87.4)		(1.3 - 33.1)	
UCE / P	4	50	2	25.0	2	25
	(15.7 - 84.3)		(3.2 - 65.1)		(3.2 - 65.1)	
Total*	76	30.5	157	63.1	16	6.4

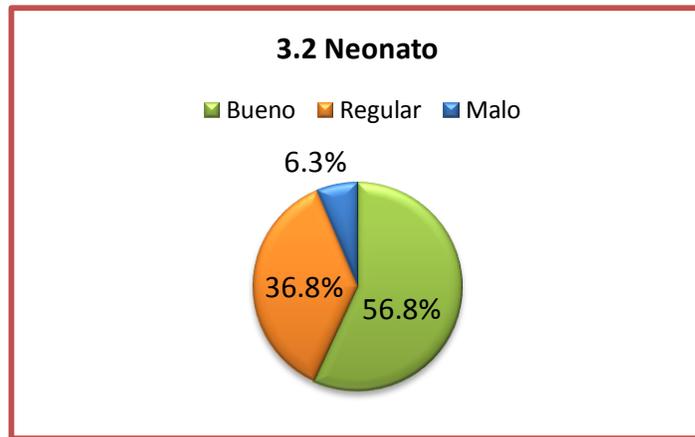
* $\chi^2 = 65.6$ (6g.L), $p < 0.00$

Fuente: Instrumento de recolección de datos

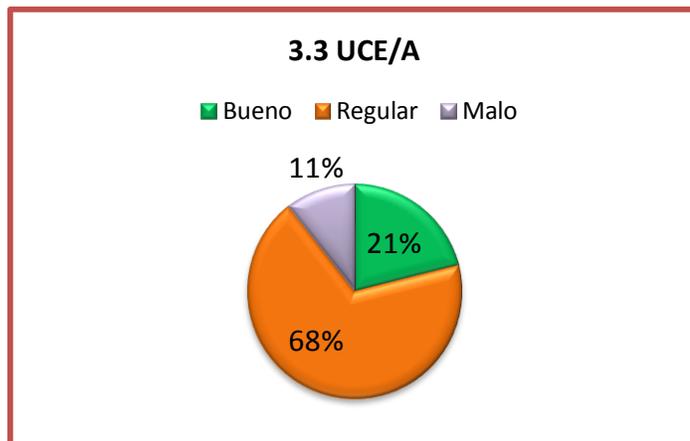
Gráfico: 3 Valoración cualitativa del cumplimiento de los ítems relacionados al orden dentro del expediente clínico. /*Categorías de cumplimiento.



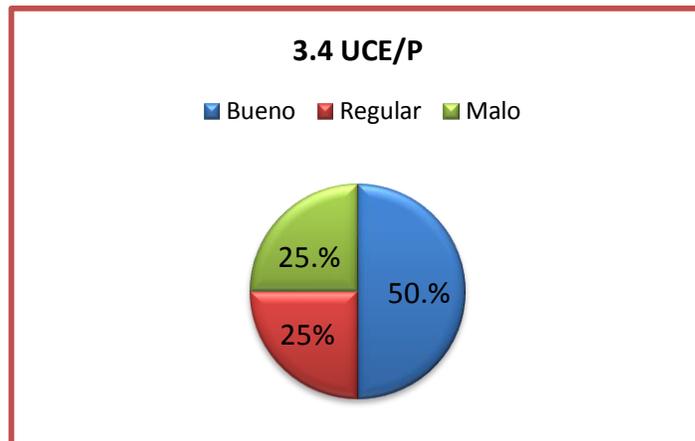
Fuente: Tabla 3



Fuente: Tabla 3



Fuente: Tabla 3



Fuente: Tabla 3

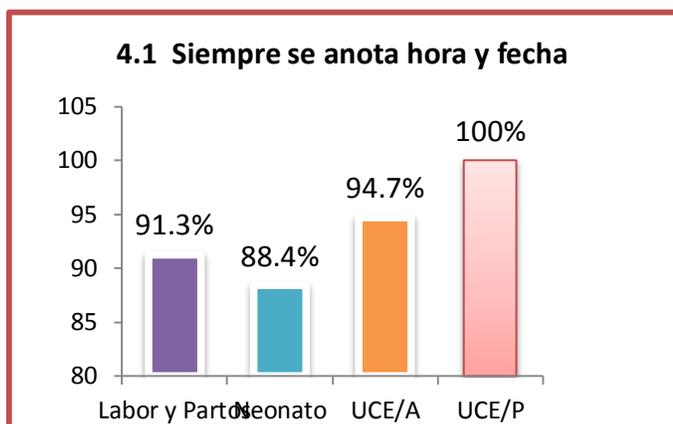
Tabla: 4 Aspectos generales de los registros de Enfermería dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.

Aspecto valorado	Sala de la Ruta Crítica								Total	
	Labor y partos		Neonato		UCE / A		UCE / P		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Siempre se anota hora y fecha	116	91.3	84	88.4	18	94.7	8	100	226	90.8
	85 - 95.6		80.2 - 94.1		74 - 99.9		100 - 100		86.5 - 94.1	
La caligrafía permite fácil lectura	108	85	49	51.6	11	57.9	6	75	174	69.9
	77.6 - 90.7		41.1 - 62		30.5 - 79.7		39.9 - 96.8		63.8 - 75.5	
Cumple con ortografía	102	80.3	25	26.3	7	36.8	5	62.5	139	55.8
	72.3 - 86.8		17.8 - 36.4		16.3 - 61.6		24.5 - 91.5		49.4 - 61.1	
Se respeta orden cronológico	101	79.50	50	52	13	68.4	5	62.5	169	67.9
	71.5 - 86.2		42.1 - 63		43.4 - 87.4		24.5 - 91.5		61.7 - 73.6	
Se actualizan las indicaciones médicas	31	24.4	59	62.1	10	52.6	5	62.5	105	42.2
	17.2 - 32.8		51.6 - 71.9		28.9 - 75.6		24.5 - 91.5		36 - 48.6	
Contenido exacto según indicaciones médicas	37	29.1	54	56.8	10	52.6	4	50	105	42.2
	21.4 - 37.9		46.3 - 67		28.9 - 75.6		15 - 84.3		36 - 48.6	
Color de la tinta es el adecuado	115	90.6	90	94.7	19	100	6	75	230	92.4
	84.1 - 95		88.1 - 98.3		100-100		34.9 - 96.8		88.3 - 95.3	
La firma siempre	117	92.1	85	89.5	16	84.2	8	100	226	90.8

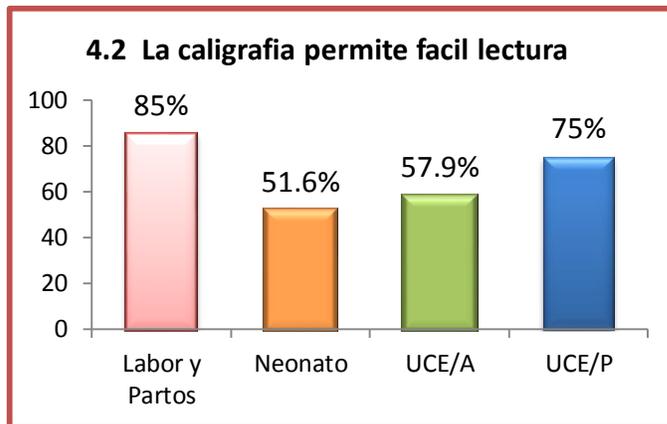
está presente	86 - 96.2		81.5 - 94.8		60.4 - 90.6		100 - 100		86.5 - 94.1	
El sello de quien la redacta siempre está presente	36	28.3	28	24.2	2	10.5	1	12.5	62	24.9
	20.7 - 37		16 - 34.1		1.3 - 33.1		0.3 - 52.7		19.7 - 30.8	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

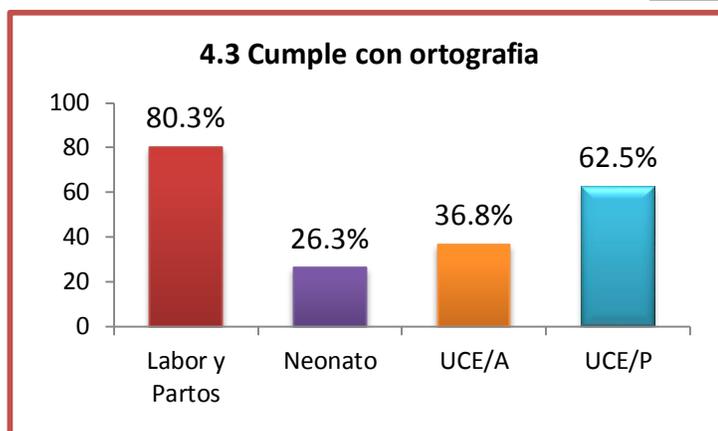
Gráfico: 4 Aspectos generales de los registros de Enfermería dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.



Fuente: Tabla 4

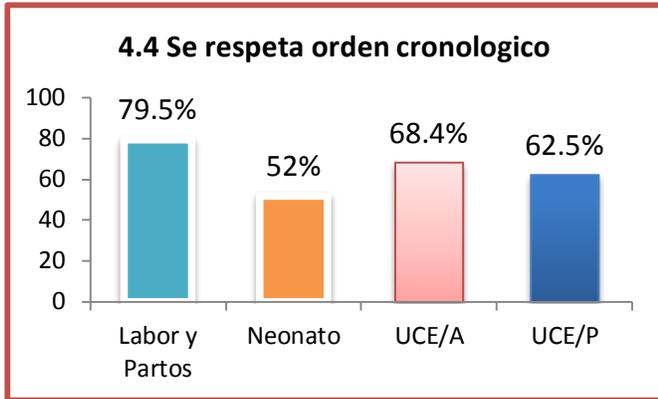


Fuente: Tabla 4

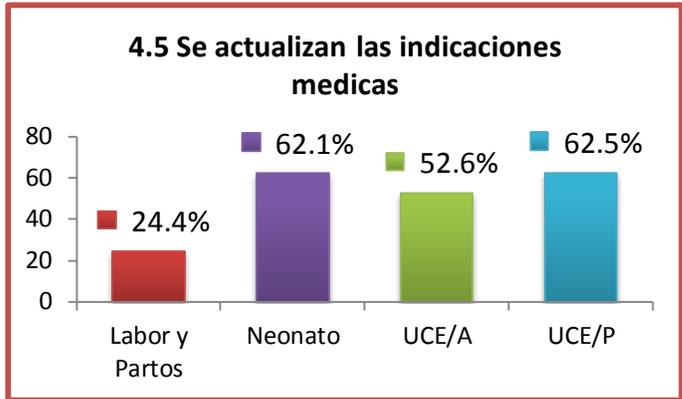


Fuente: Tabla 4

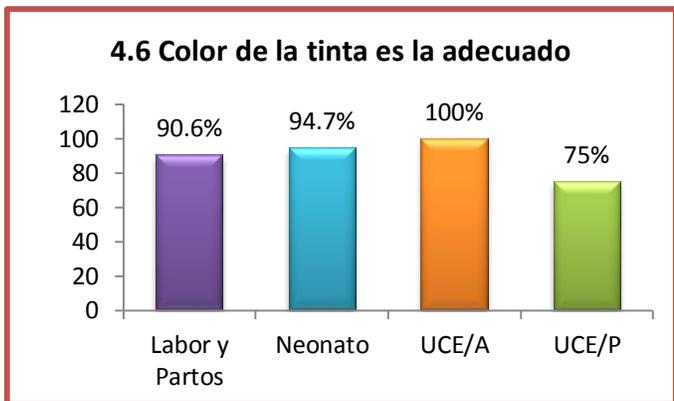
Gráfico: 4 Aspectos generales de los registros de Enfermería dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.



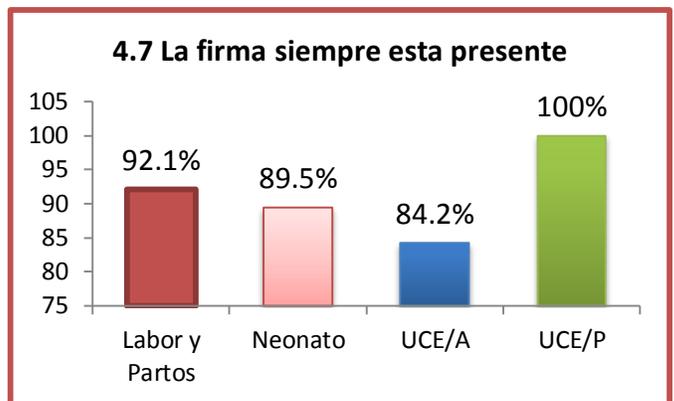
Fuente: Tabla 4



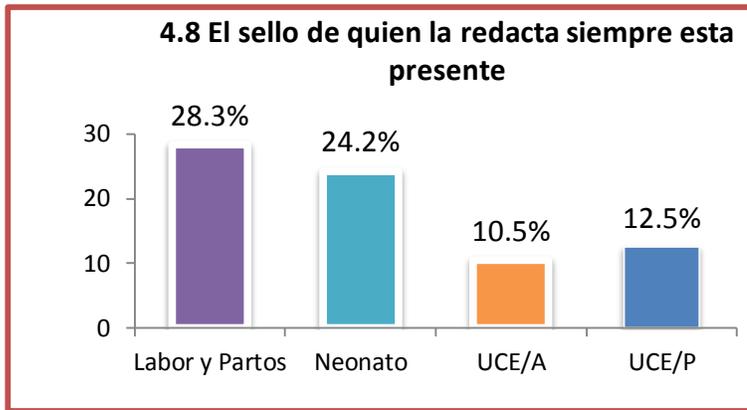
Fuente: Tabla 4



Fuente: Tabla 4



Fuente: Tabla 4



Fuente: Tabla 4

Tabla: 5 valoración cualitativa del cumplimiento de los ítems relacionados a aspecto generales de los registros de Enfermería dentro del expediente clínico. /*

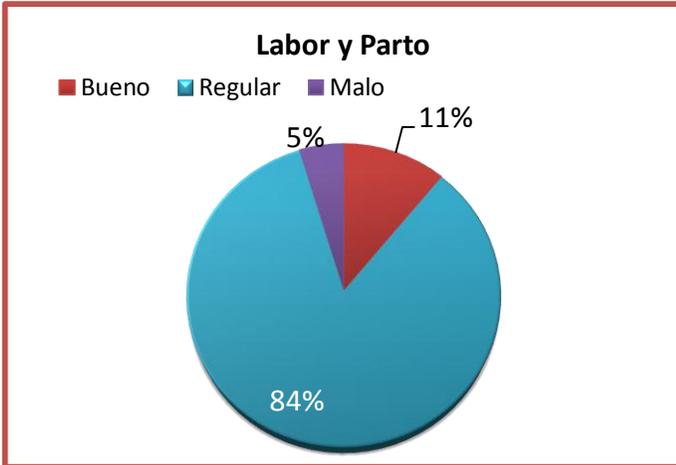
Categorías de cumplimiento

	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	n	%	n	%
Labor y partos	6	4.7	109	85	12	9.4
	1.8 - 1		78.5 - 91.4		5 - 15.9	
Neonato	2	2.1	76	80	17	17.9
	0.3 - 7.4		70.5 - 87.5		10.8 - 27.1	
UCE / A	0	0	17	89.5	2	10.5
	0 - 17.6		66.9 - 98.7		1.3 - 33.1	
UCE / P	0	0	7	87.5	1	12.5
	0 - 36.9		47.3 - 99.7		0.3 - 52.7	
Total	8	3.2	209	83.9	32	12.9

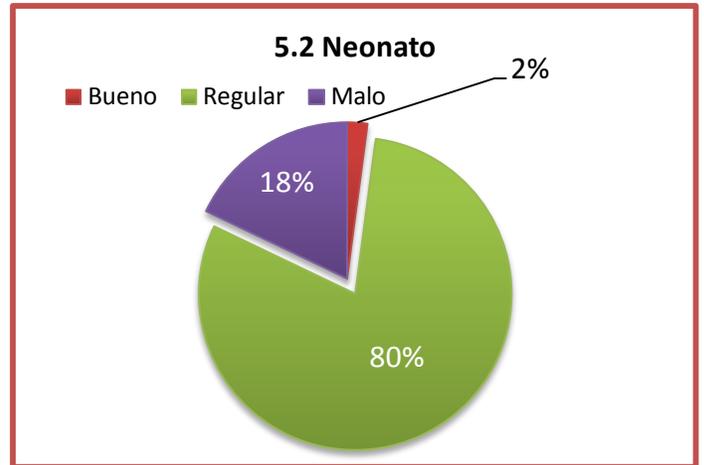
* $\chi^2 = 5.54$ (6Gl) $p=0.47$

Fuente: Instrumento de recolección de dato

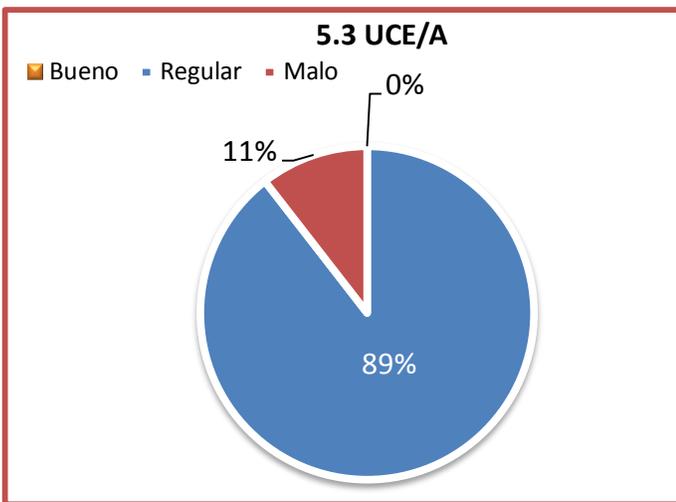
Gráfico: 5 Valoración cualitativa los ítems relacionados aspecto generales de los registros de Enfermería dentro Del expediente clínico. Según Categorías de cumplimiento.



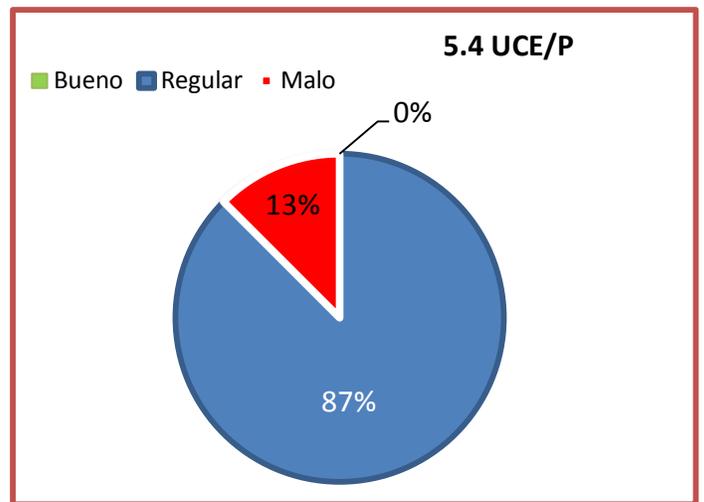
Fuente: Tabla 5



Fuente: Tabla 5



Fuente: Tabla 5



Fuente: Tabla 5

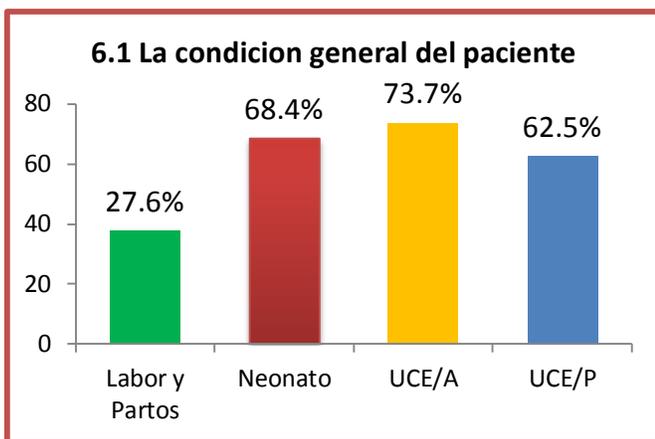
Tabla: 6 Cumplimiento del Contenido de la Nota de Enfermería dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.

Aspecto valorado	Sala de la Ruta Critica								Total	
	Labor y Partos		Neonato		UCE/A		UCE/P			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La condición general del paciente	35	37.6	65	68.4	14	73.7	5	62.5	119	47.8
	20 - 36.2		58.1 - 77.6		48.8 - 90.9		24.5 - 91.5		41.4 - 54.2	
la reacción a los medicamentos y tratamientos administrados	14	11	13	13.7	5	26.3	2	25	34	13.7
	6.2 - 17.8		7.5 - 22.3		9.1 - 51.2		3.2 - 65.1		9.6 - 18.6	
La condición de higiene y cuidados brindados a los pacientes	26	20.5	52	54.7	2	10.5	3	37.5	83	33.3
	13.8 - 28.5		44.2 - 66		1.3 - 38.1		8.5 - 75.5		27.5 - 39.6	
Aspectos de la efectividad de medicamentos o tratamientos	14	11	4	4.2	0	0	0	0	18	7.2
	6.2 - 17.8		1.2 - 10.4		0 - 17.6		0 - 36.9		4.3 - 11.2	
Aspectos sobre enseñanza impartida y evaluación del aprendizaje	17	13.4	3	3.20	1	5.3	0	0	21	8.4
	8 - 20.6		0.7 - 9		0.1 - 26		0 - 36.9		5.3 12.6	
	93.3 - 99.5		84.1 - 96.3		66.9 - 98.7		47.3 - 99.7		90.7 - 96.9	
Qué le observa y	28	22	55	57.9	5	26.3	3	37.5	91	36.5

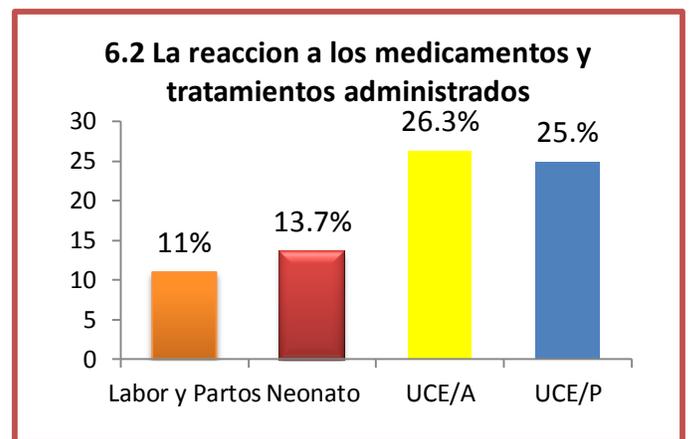
qué refiere el paciente	15.2 - 30.3		47.3 - 68		9.1 - 51.2		8.5 - 75.5		30.6 - 42.9	
Qué le hacen al paciente	119	98.7	77	81.1	15	78.9	7	87.5	218	87.6
	88 - 97.2		71.1 - 88.4		54.4 - 93.9		47.3 - 99.7		82.8 - 91.4	
Cómo entregan(al concluir el turno	122	96.1	80	84.2	17	89.5	7	87.5	2.36	90.8
	91.1 - 98.7		75.3 - 90.9		66.9 - 98.7		47.3 - 99.7		86.5 - 94.1	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

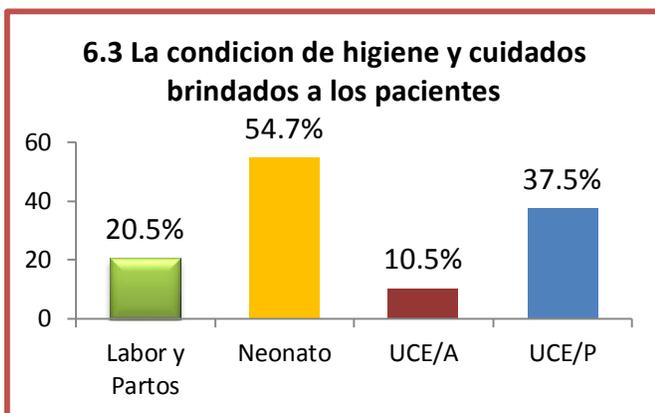
Gráfico: 6 Contenido de la Nota de Enfermería del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.



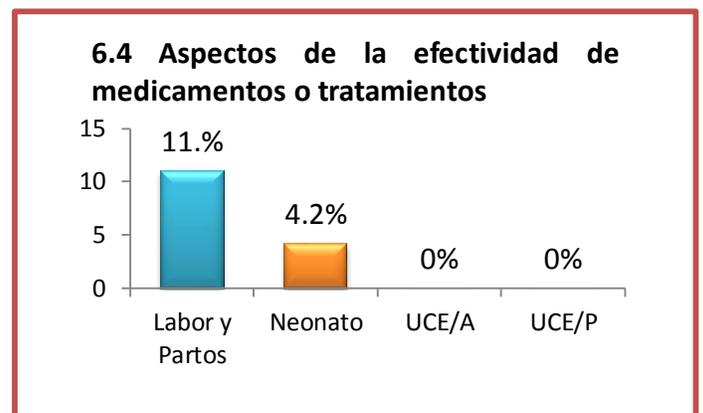
Fuente: Tabla 6



Fuente: Tabla 6

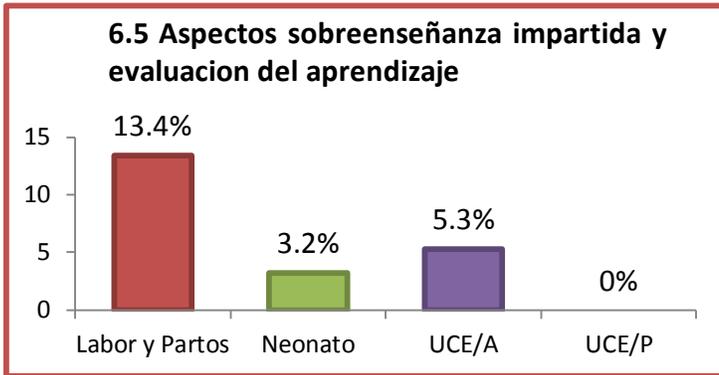


Fuente: Tabla 6

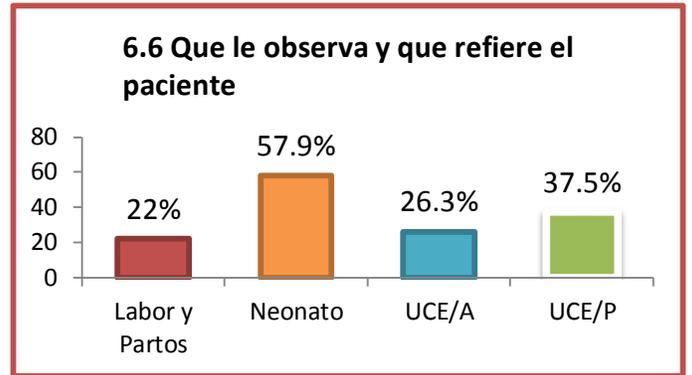


Fuente: Tabla 6

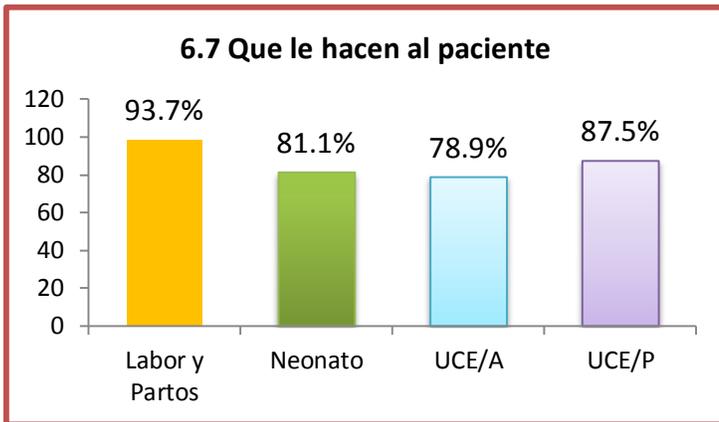
Gráfico: 6 Contenido de la Nota de Enfermería del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.



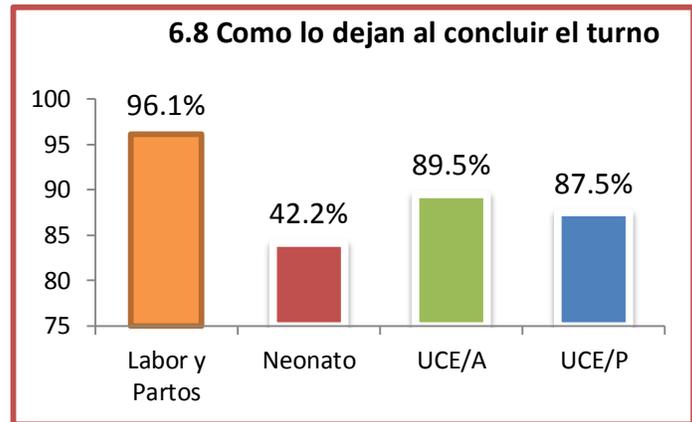
Fuente: Tabla 6



Fuente: Tabla 6



Fuente: Tabla 6



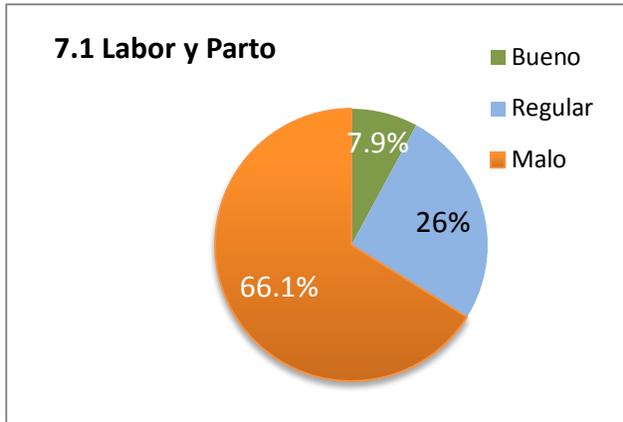
Fuente: Tabla 6

Tabla:7 Distribución de las Notas de Enfermería según valoración cualitativa del cumplimiento de los ítems relacionados al contenido de la nota de enfermería, dentro del expediente clínico.

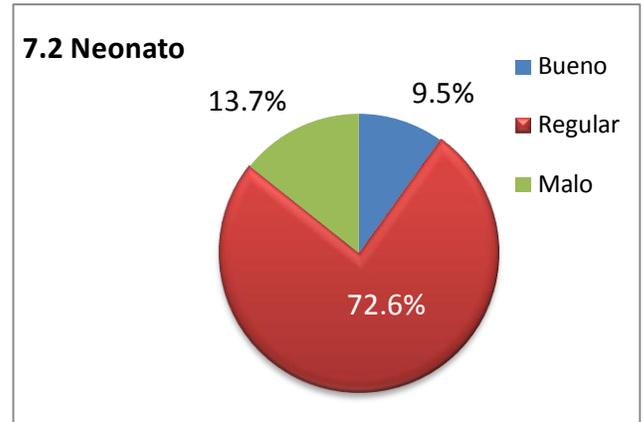
	Categoría de cumplimiento con aspectos relacionados a:					
	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	n	%	n	%
Labor y partos	10	7.9	33	26	84	66.1
	3.8 - 14		18.6 - 34.5		57.2 - 74.3	
Neonato	9	9.5	69	72.6	13	13.7
	4.4 - 17.2		62.5 - 81.3		7.5 - 22.3	
UCE / A	0	0	14	73.7	3	15.8
	0 - 7.6		48.8 - 90.9		3.4 - 39.6	
UCE / P	0	0	7	87.5	0	0
	0 - 36.9		47.3 - 99.7		0 - 36.9	
Total	19	7.6	123	49.4	100	40.2

* χ^2 86.46 (9gl), $p < 0$ Fuente: Instrumento de recolección de da

Gráfico: 7 valoración cualitativa de los ítems relacionados al contenido de la nota de enfermería, dentro del expediente clínico./ según Categoría de cumplimiento.

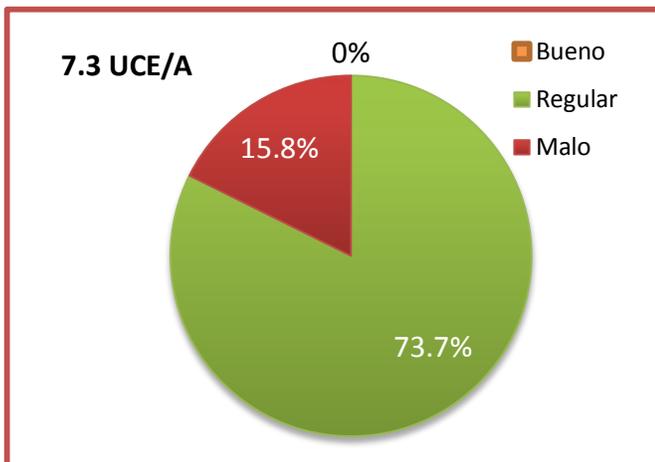


Fuente: Tabla 7

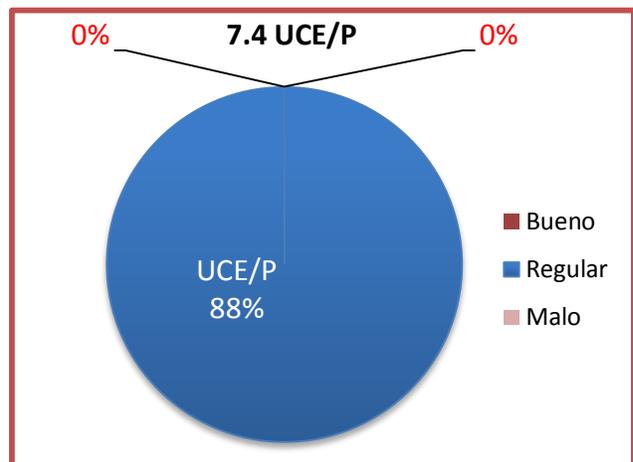


Fuente: Tabla 7

Gráfico: 7 valoración cualitativa de los ítems relacionados al contenido de la nota de enfermería, dentro del expediente clínico./ según Categoría de cumplimiento.



Fuente: Tabla 7



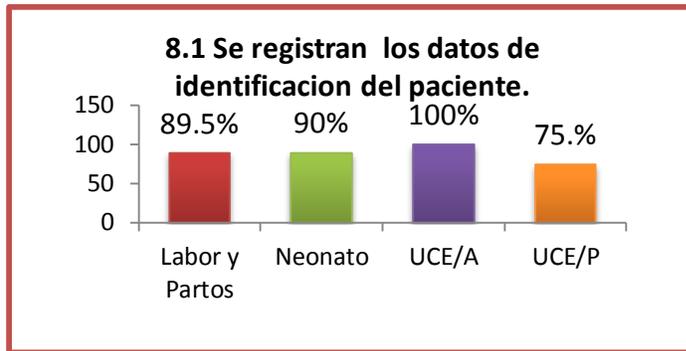
Fuente: Tabla 7

Tabla: 8 Cinco exactos dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.

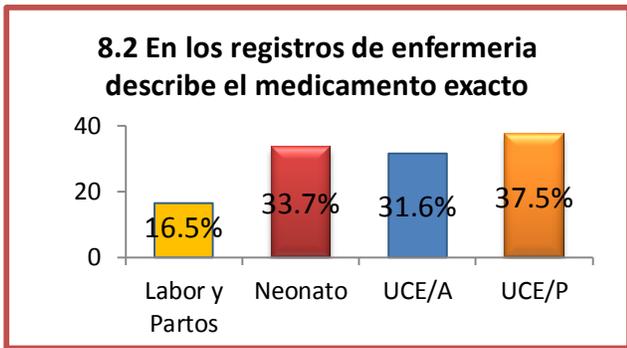
Aspecto valorado	Sala de la Ruta Critica								Total	
	Labor y Partos		Neonato		UCE/A		UCE/P		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
En los registros de enfermería describe el medicamento exacto	21	16.5	32	33.7	6	31.6	3	37.5	62	24.9
	10.5 - 24.2		24.3 - 44.1		12.6 - 56.6		8.5 - 75.5		19.7 - 30.8	
En los registros de enfermería está transcrita la vía exacta	19	15	23	24.2	5	26.3	3	37.5	50	20.1
	8.3 - 22.4		16 - 34.1		9.1 - 51.2		8.5 - 75.5		15.3 - 25.6	
En los registros de enfermería está transcrita la dosis exacta	22	17.3	20	21.1	5	26.3	3	37.5	50	20.1
	11.2 - 25		13.4 - 30.6		9.1 - 51.2		8.5 - 75.5		15.3 - 25.6	
En los registros de enfermería está transcrita la hora exacta	18	14.2	22	23.2	6	31.6	2	25.0	48	19.3
	8 - 21.5		15.1 - 32		12.6 - 56.6		5.2 - 65.1		14.6 - 24.6	
Están los datos de identificación del paciente.	113	89	85	89.5	19	100	6	75	223	89.6
	82.2 - 93.8		81.5 - 94.8		100 - 100		34.9 - 96.8		85.1 - 93.1	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

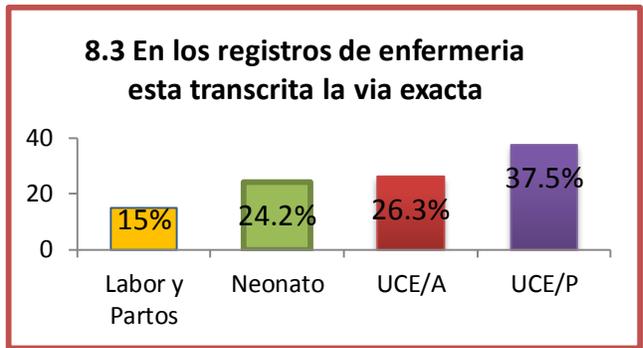
Gráfico: 8 Cinco exactos dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013.



Fuente: Tabla

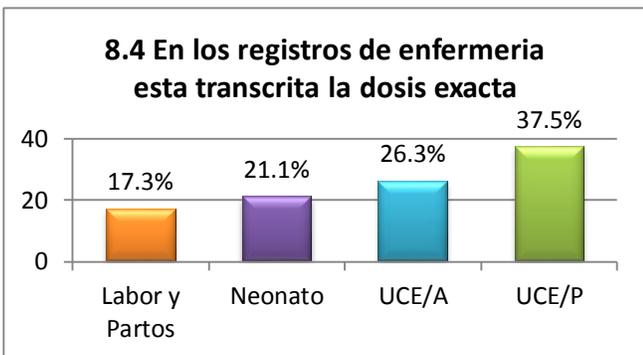


Fuente: Tabla 8

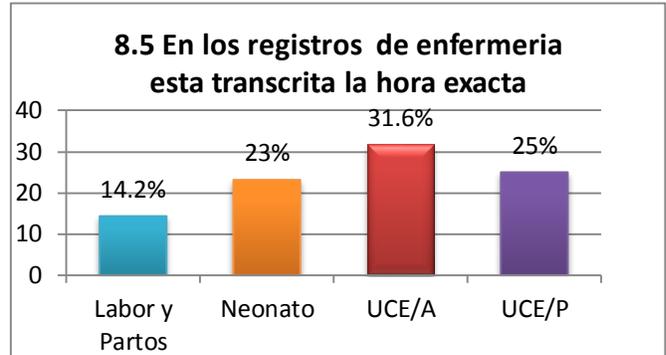


Fuente: Tabla 8

Gráfico: 8 Cinco exactos dentro del expediente clínico utilizado en las áreas de la ruta crítica del Hospital Regional 'Asunción' de Juigalpa, Chontales en el mes de abril del año 2013



Fuente: Tabla 8



Fuente: Tabla 8

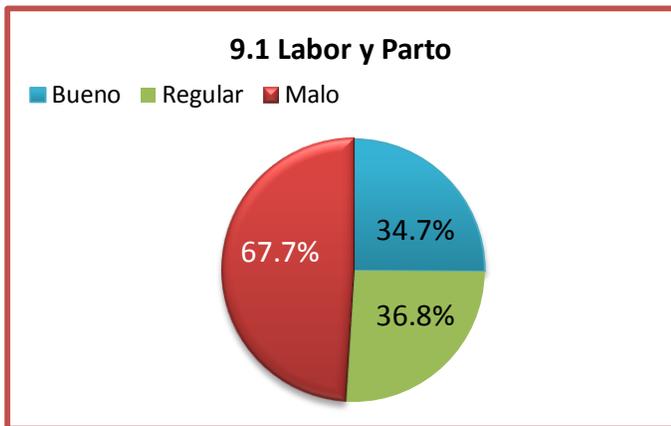
Tabla: 9 valoración cualitativa del cumplimiento de los ítems relacionados a cinco exactos dentro del expediente clínico. Por categoría de cumplimiento.

	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	n	%	n	%
Labor y partos	14	34.7	27	35.8	86	67.7
	6.2 - 17.8		14.5 - 29.4		58.8 - 75.7	
Neonato	33	34.7	34	35.8	28	29.5
	25.3 - 45.2		26.2 - 46.3		20.6 - 39.7	
UCE / A	5	26.3	8	42.1	6	57.9
	9.1 - 51.2		20.3 - 66.5		12.6 - 56.6	
UCE / P	4	50	1	12.5	3	37.5
	15.7 - 84.3		0.3 - 52.7		8.5 - 75.5	
Total*	56	22.5	70	28.1	123	49.4

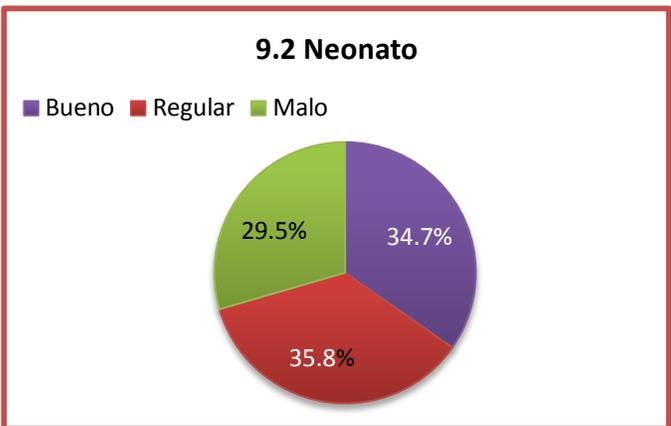
* $\chi^2 = 40.4$ (6gL), $p < 0.00$

Fuente: Instrumento de recolección de datos

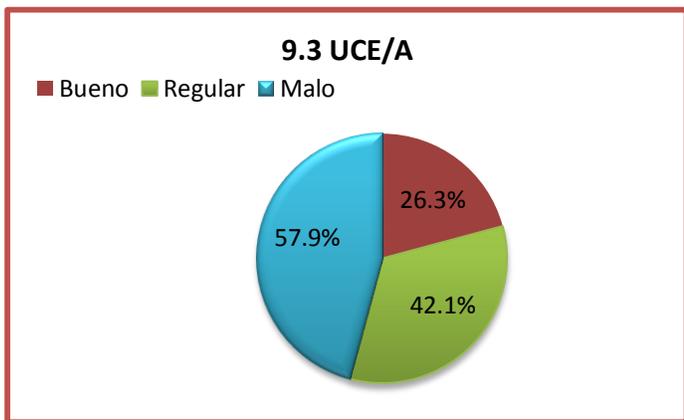
Gráfico: 9 Distribución de las Notas de Enfermería según valoración cualitativa del cumplimiento de los ítems relacionados a cinco exactos dentro del expediente clínico.



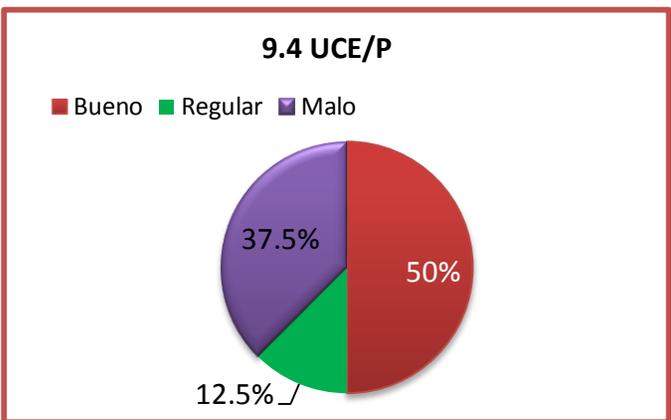
Fuente: Tabla 9



Fuente: Tabla 9



Fuente: Tabla 9



Fuente: Tabla 9