

## CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2011

Quality of nursing notes in Surgery services 3 A, 3B, 4B and 6B Edgardo Rebagliati Martins  
National Hospital, in the period July to September 2011

Arlen Retamoso Piérola\*

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la calidad de las anotaciones de enfermería, en los servicios de cirugía 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo entre julio y septiembre de 2011.

**Material y método:** enfoque cuantitativo, método descriptivo y retrospectivo de corte transversal. La población estuvo constituida por el número total de historias clínicas de pacientes registrados en los servicios de cirugía que suman 1019. Para la muestra se revisaron 280 historias clínicas, y mediante un muestreo probabilístico aleatorio estratificado se analizaron las anotaciones de enfermería en los tres turnos haciendo una muestra de 840 registros. La técnica utilizada fue el análisis documental y para la recolección de datos se utilizó el formato de auditoría de las anotaciones de enfermería propuesto por el Colegio de Enfermeros. Los datos fueron analizados y procesados en el programa SPSS.

**Resultado:** se encontró con respecto a la calidad global de las anotaciones de enfermería mala calidad en 82,9% de los registros y buena calidad en el 2,5%.

**Conclusiones:** se constató en las anotaciones de enfermería de los servicios de cirugía la tendencia de mala calidad en la dimensión del contenido, lo que demuestra que no se cumple con las normas de elaboración de dichas anotaciones.

**Palabra clave:** registros de enfermería, anotaciones de enfermería, calidad de anotaciones de enfermería, proceso de atención de enfermería.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of nursing notes in Surgery services 3 A, 3B, 4B and 6B Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, in the period July to September 2011.

**Material and method:** The method was quantitative, retrospective, descriptive and cross section. Universe: were 1019 clinical records. For the sample we reviewed 280 medical records, and through a stratified random probability sampling were analyzed nursing records in all three shifts by a sample of 840 records. The technique used was document analysis and data collection form was used for the audit of nursing records proposed by the College of Nurses, the data were analyzed and processed in SPSS. Final del formulario

**Results:** We found the global quality of nursing records: 82.9% poor quality and good quality at 2.5% of the records.

**Conclusions:** was found in the annotations of nursing surgical services, the trend of poor quality predominantly on the content dimension, demonstrating not compliant processing of such endorsements. Specific hypothesis, confirming.

**Keyword:** Nursing records, nursing annotations, quality nursing notes, nursing care process.

\*Licenciada en Enfermería. Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

### INTRODUCCIÓN

Abordar los registros de enfermería, desde la consideración de su importancia para el desarrollo profesional enfermero y como instrumentos para una atención sanitaria de calidad supone tener en cuenta que sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza podrá transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico.

Es un hecho que las disciplinas científicas consiguen su desarrollo gracias al registro, a la constatación por

escrito de su desarrollo. Ya Florence Nightingale<sup>1</sup> insistía en "la necesidad de registrar, de dejar constancia de todo aquello que las enfermeras realizan para llevar a cabo su función de cuidar". La enfermería como disciplina profesional se desarrollará en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidar.

La importancia del aporte de los registros para evaluar la calidad de asistencia del profesional de enfermería ha sido planteado por Ruiz Hontangas<sup>2</sup>

cuando afirma que la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional, social y físico. El registro es un documento básico en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, el cual debe ser concebido como una forma de desarrollo de la profesión. Su principal finalidad sería la asistencial, enfocada a prestar unos cuidados de la máxima calidad, además de la finalidad docente-investigadora y de gestión, permitiendo el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. No podemos olvidar que otra de sus finalidades es la que podría denominarse jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales.

Los registros posibilitan la comunicación mediante el intercambio de información a todo el equipo sanitario del proceso de atención o cuidado de enfermería, dado que el registro de enfermería representa el quehacer explícito del cuidado porque refleja el conocimiento científico por un lado y, por otro, la capacidad creativa que cada profesional de enfermería debe saber expresar. Este es el aspecto relevante en lo profesional. En lo social va a repercutir en la calidad de la atención del usuario, familia y comunidad, respecto del cuidado de enfermería, porque el cuidado, sabemos, está centrado en la persona y su integridad física, espiritual y social. El cuidado debe evidenciar la evolución y principalmente tener como meta el bienestar de la persona cuidada.

Perry-Potter<sup>3</sup> señalan que: el registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación. Agregan que la documentación de enfermería continúa evolucionando viéndose incrementada su importancia, además de ser documentos permanentes, de carácter legal y escrito que comunican información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente.

Los beneficios esperados del registro consistente, acerca de la atención al paciente son claros e incluyen, por ejemplo, la seguridad del paciente y la continuidad de la atención. Los posibles efectos adversos sobre la atención de pacientes, la práctica de enfermería y el desarrollo del conocimiento de enfermería.

La evaluación de los registros en cuanto a formas y contenidos de las historias clínicas del usuario, así como la información vertida sobre la evolución del

paciente posibilitan el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de atención que se presta, este es el valor agregado al usuario interno; es decir, al equipo multidisciplinario, facilitando la comunicación permanente en el equipo de salud.

En la actualidad el sentido crítico del usuario/paciente con respecto a sus derechos, exige una comunicación efectiva escrita, la cual proporcionará la evidencia en el respectivo expediente clínico; constituyéndose en un documento de vital importancia no solo para el usuario, sino también para el equipo de salud, la institución (docente-asistencia), el profesional de enfermería y la profesión.

La relevancia de la comunicación es tal que algunos autores como Curiel Herrero<sup>4</sup> afirman "que el uso y utilidad de la historia clínica es principalmente para esta función, pues dicha comunicación no se limitaría al momento presente, ya que permitiría establecer vínculos entre los equipos que atendieron al paciente anteriormente o en otros lugares y los que lo harán en el futuro".

La administración de una buena atención de enfermería siempre ha dependido de la calidad de la información de que dispone la enfermera, y siempre se ha reconocido a las enfermeras como las personas clave para la obtención, la generación y el uso de la información de los pacientes/clientes. El papel de la enfermera como prestadora de atención las 24 horas implica que el intercambio y transferencia de información sea una actividad importante en enfermería.

A su vez, los registros de enfermería merecen una atención de carácter especial a fin de disminuir las diferencias entre la teoría y la práctica, ya que en la medida de que la enfermera asistencial aplique con rigurosidad los estándares de registros de enfermería, los nuevos profesionales también adoptarán el nuevo modelo que reflejará un cuidado integral del paciente, siendo pues de interés en las instituciones formadoras, así como en los profesionales de enfermería y las instituciones que tienen la responsabilidad de la conducción del ejercicio profesional, a fin de promover estrategias orientadas a mejorar en forma progresiva la calidad de los registros lo cual redundará en la calidad de los cuidados brindados al paciente hospitalizado.

No obstante, las razones más importantes del por qué es necesario cumplimentar unos buenos registros podríamos resumirlas en una: la responsabilidad profesional que asumimos al ofrecer los servicios de cuidado, ya que constituye la esencia de la profesión.

Según Watson<sup>5</sup> "el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona".

Benavent<sup>6</sup> reafirma la importancia de los registros para la profesión cuando expresa: "El registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo".

Alfaro<sup>7</sup> se refiere a los registros como el paso siguiente al brindar los cuidados de enfermería al usuario/paciente, familia o comunidad, el cual deberá anotar la valoración, intervención y repuesta, como producto de la actuación de enfermería.

Hays<sup>8</sup> puntualiza "Si queremos conseguir excelencia en la creciente complejidad de los cuidados administrados al paciente debemos aprender a describirlos con palabras escritas".

Carpenito<sup>9</sup> indica que "la administración del cuidado de enfermería y los registros clínicos de enfermería deben cumplir las normas de la profesión y apoyarse para su desempeño en la American Nurses Association (ANA)<sup>10</sup> y en la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)<sup>11</sup>, organizaciones que poseen normas para el registro de enfermería, a nivel mundial las cuales establecen las responsabilidades del personal de enfermería, por la cual se puede juzgar la calidad de la práctica del servicio".

La Asociación Americana de Enfermería (ANA)<sup>10</sup> al respecto dice: "La enfermera es responsable de la recogida de datos y la valoración del estado de salud de los clientes, de establecer un plan de cuidados de acuerdo a los objetivos y consecuentemente de reevaluar y revisar el plan de cuidados de enfermería".

La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)<sup>11</sup> recomienda el uso de indicadores clínicos, que se los define como variables cuantitativas para monitorear la calidad y la adecuación de la atención y que sirven de base para medir la actividad de los servicios, permiten evaluar la calidad e incluir criterios de calidad previamente definidos que permiten identificar los problemas existentes.

Fay Yocum<sup>12</sup> reafirma: "Un buen registro significa mejores cuidados".

Ruiz Hontangas<sup>2</sup> señala: "La calidad del registro de la atención refleja la calidad de la atención y la productividad. Y, sobre la base de estos registros siempre se puede construir el mejor cuidado de la práctica, y llevar a cabo acciones dirigidas a la mejora en los resultados operativos".

La calidad de la información registrada influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas.

Todas estas normas para mejorar la calidad de información tienen como base principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

Por ende, los registros se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Además, permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados.

Existen diversos registros: kárdex, anotaciones de enfermería, hoja de balance hídrico, entre otros que son utilizados por la enfermera, y dentro de ellos, las anotaciones de enfermería que son documentos en los cuales se expresan los acontecimientos más importantes de lo sucedido y realizado al paciente que permiten la evolución del cuidado, valorar las acciones que realiza la enfermera y si estas concuerdan con las necesidades del paciente considerándolo como un ser individual con necesidades bio-psico-sociales y espirituales.

Las características que deben tener las anotaciones, en su contenido, incluyen: comenzar cada nota con la fecha y la hora, se debe consignar los datos subjetivos: síntoma que el paciente describe. Datos objetivos: síntoma que el personal observa. Diagnóstico de enfermería: conclusión del profesional, respecto a los datos subjetivos y objetivos. Los objetivos de plan: modificaciones del comportamiento deseado. La intervención: medidas de enfermería adaptadas para el cliente o con él. Registro de la medicación administrada y los efectos adversos. Registro de la evaluación de las intervenciones ejecutadas.

Las características que deben tener las anotaciones, en su estructura, comprenden: consignar nombre y apellidos del paciente, su edad, el número de

seguro, registro o número de historia clínica, el servicio de hospitalización y el número de cama. Calidad de registro: Ser legibles, comprensibles con lenguaje sencillo y claro a fin de evitar confusiones. Debe evitar borrones y enmendaduras. El uso de lapicero de color oficial (azul y rojo), consignar el sello, número del colegio profesional y firma al concluir la nota.

El registro de la actividad enfermera está basado en el proceso de atención de enfermería (PAE), por considerar según Leddy Susan, Pepper J M.<sup>13</sup> que "el proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proceso de atención de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones específicas de la enfermería en relación con la salud de los individuos, familias y/o comunidades. Implica el uso de métodos científicos para identificar las necesidades en materia de salud del paciente, familia o comunidad y a través de ellas seleccionar aquellas que puedan ser satisfechas más eficazmente por medio de cuidados de enfermería.

La aplicación del proceso enfermero tiene ventajas tanto para la enfermera como para la persona cuidada. En la enfermera promueve: la formación constante, fomenta el crecimiento profesional, proporciona satisfacción en el trabajo, ayuda a la asignación de actividades y funciones y evita acciones legales. Para la persona cuidada, el proceso enfermero le garantiza la calidad y continuidad de los cuidados y promueve la participación de la persona en el cuidado de su salud.

En nuestro país la aplicación del PAE es un instrumento de gestión que evalúa la eficacia, eficiencia y efectividad del trabajo de la enfermera, la obligatoriedad de su aplicación responde a exigencias del carácter legal e institucional y profesional establecido en la Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana N° 27669 en el Art. N° 7, Inciso (a)<sup>14</sup> promulgada el 15 de Febrero del año 2002, que señala: "Brindar cuidado integral de enfermera basado en el proceso de atención de enfermera (PAE)".

Sin embargo, a pesar que en la literatura se tiene plenamente identificada la contribución de los registros de enfermería la realidad muestra que frecuentemente sus contenidos son inconsistentes, no evidencian realmente el juicio profesional porque se limitan a describir las respuestas fisiológicas del paciente, o su estado de enfermedad o a mostrar las intervenciones

de otros profesionales; ignoran aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales del paciente.

Es en este contexto que se realizó el estudio que tuvo como objetivo general: evaluar la calidad de las anotaciones de enfermería, en los servicios de cirugía 3 A, 3B, 4B y 6B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo comprendido entre julio, agosto y septiembre de 2011, siendo los objetivos específicos:

- Analizar las características estructurales de las anotaciones de enfermería.
- Analizar las características del contenido de las anotaciones de enfermería.
- Comparar la calidad de las anotaciones entre los servicios de cirugía 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La hipótesis del presente trabajo es que: existen diferencias significativas en la calidad de los registros de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2011.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño metodológico

La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y retrospectivo de corte transversal. Este trabajo de investigación fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal y comparativo porque analiza cuatro subgrupos paralelos: servicios de cirugía 3A, 3B, 4B y 6B.

### Población y muestra

La población estuvo constituida por el número total de historias clínicas de pacientes registrados en los servicios de cirugía que sumaron 1019. Para la muestra se revisaron 280 historias clínicas siguiendo un muestreo probabilístico aleatorio estratificado. Se estratificaron los servicios: 3A con un 40% (112 historias clínicas), 3B, 4B y 6B c/u con 20% (56 historias clínicas cada servicio) cuyos registros se evaluaron por separado en los tres turnos: mañana, tarde y noche; por lo tanto la muestra estuvo constituida por 840 registros. Se tomaron los siguientes criterios:

**Criterio de inclusión:** Historias clínicas de pacientes con permanencia mayor a 24 horas.

**Criterios de exclusión:** Historias clínicas de pacientes transferidos a otro servicio o con una permanencia menor de 24 horas.

### Técnicas de recolección de datos

Para este trabajo de investigación se utilizó la técnica de análisis documental de las anotaciones de enfermería, que permite organizar las fuentes que facilitan su utilización. Para la recolección de datos se utilizó el formato de auditoría de las anotaciones de enfermería propuesto por el Colegio de Enfermeros, 2009-2010, el cual tiene un coeficiente de fiabilidad alpha: 0,700 lo cual expresa su alta fiabilidad.

El formato de auditoría de las anotaciones de enfermería consta de dos partes.

En su estructura:

- Datos de filiación: apellidos y nombres, sexo, N° de seguro, servicio y N° de cama.
- Calidad del registro: letra legible, no borrones ni enmendaduras, uso de lapicero oficial (azul y rojo), sello, N° de colegio y firma.

En su contenido: fecha, hora, datos subjetivos, datos objetivos, diagnóstico de enfermería, objetivos

del plan, intervenciones de enfermería, medicación administrada, existencia de eventos adversos, evaluación de las intervenciones ejecutadas.

### Técnicas para el procesamiento de la información

Una vez obtenida la información, se codificaron las variables creando una base de datos en el programa SPSS, desde ahí se procesó la información obteniendo los resultados y presentándolos en cuadros y gráficos, luego se procedió al cálculo de los estadísticos.

### Aspectos éticos

Para realizar el trabajo de investigación se revisaron las historias clínicas y en especial las anotaciones de enfermería. Para la obtención de la información se mantuvo en todo momento el anonimato del paciente, a través del formato de auditoría de anotaciones de enfermería.

Para la realización del presente estudio se solicitó autorización del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, del Comité de Investigación, Ética y Deontología.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Calidad de las anotaciones de enfermería en la dimensión estructural en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Calidad de Anotaciones	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad	58	6,9
Regular calidad	317	37,7
Buena calidad	334	39,8
Muy buena calidad	131	15,6
Total	840	100,0

La calidad de las anotaciones de enfermería en la dimensión estructural en los servicios de cirugía presentó

un mayor porcentaje en la categoría de buena calidad (39,8%), seguida por la categoría regular (37,7%).

**Tabla 2.** Indicadores de estructura en las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2011.

Indicadores de estructura	Media	Máximo
Nombre y apellidos	2,51	3
sexo del paciente	0,65	2
Nombre del servicio	2,80	4
Número de cama	0,01	1
No borrón ni enmendaduras	2,33	3

Uso de color oficial	1,00	1
Sello, firma, número de colegio	2,86	3
Letra legible	1,95	3
Número de Seguro Social	2,53	3

La presente tabla muestra los indicadores de la calidad de las anotaciones en la dimensión estructura referida a los aspectos de forma de los registros de enfermería, donde observamos promedios muy bajos de cumplimiento en los indicadores como el registro del número de cama del paciente así como también el sexo del mismo.

Por otro lado, los promedios más altos de cumplimiento se observaron en los indicadores como: uso de lapicero de color oficial, el uso de sello, colocación de firma y número de registro de colegio profesional.

**Tabla 3.** Calidad del contenido de las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2011.

Calidad de Anotaciones	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad	739	88,0
Regular calidad	83	9,9
Buena calidad	17	2,0
Muy buena calidad	1	,1
Total	840	100,0

Respecto a la calidad del contenido de las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía

se encontró buena calidad sólo en un 2% y mala calidad en un 88%.

**Tabla 4.** Indicadores de contenido de las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2011.

Indicadores de contenido	Media	Máximo
Consigna fecha y hora	0,82	4
Datos subjetivos	0,88	12
Datos objetivos	5,06	12
Diagnostica de enfermería	1,86	12
Objetivos del plan	0,02	12
Intervenciones enfermería	4,93	8
Registra la medicación administrada	1,54	6,4
Registra eventos adversos	7,34	8
Evaluación de intervenciones ejecutadas	0,88	9,6

Acerca de las anotaciones de enfermería los registros del contenido evidenciaron promedios muy bajos de cumplimiento en aspectos como: los objetivos del plan, no consignan la fecha y hora, no registran los

datos subjetivos del paciente ni las evaluaciones de las intervenciones ejecutadas.

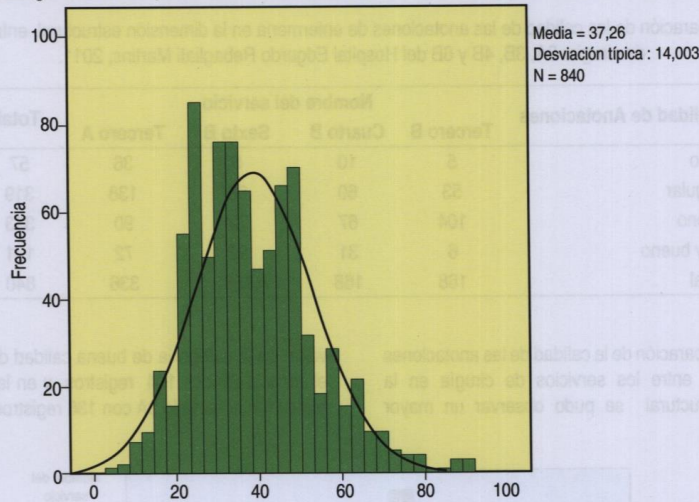
Así mismo, se pudo apreciar que el promedio más alto se dio en el indicador de registro de eventos adversos.

**Tabla 5.** Calidad global de las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Calidad de Anotaciones	Frecuencia	Porcentaje
Malo	696	82,9
Regular	123	14,6
Bueno	21	2,5
Muy bueno	0	0
Total	840	100,0

En la calidad global de las anotaciones de enfermería se tiene mala calidad (82,9%) frente a un mínimo porcentaje de buena calidad (2,5%).

**Histograma de Puntajes Anotaciones de Enfermería en los Servicios de Cirugía HERM. 2011**



**Figura 1.** Histograma de puntajes. Anotaciones de Enfermería en los Servicios de Cirugía HERM, 2011.

La figura de histograma nos muestra las puntuaciones obtenidas en la revisión de las anotaciones de enfermería en las historias clínicas de los servicios de cirugía. Según esta escala, el puntaje máximo es de 100 puntos; la media de 37,26 puntos. La medidas de

dispersión de los cuartiles uno, dos y tres nos permiten observar las bajas puntuaciones de las anotaciones de enfermería mostrándonos una desviación derecha de las puntuaciones.

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de los puntajes en las anotaciones de Enfermería. HNERM-2011.

Estadísticos Descriptivos		Valores
Media		37,26
Moda		24
Desviación. Típica		14,003
Mínimo		5
Máximo		86
Percentiles	25	26,00
	50	35,60
	75	46,00

La muestra de estudio presenta un promedio de 37,26 y una desviación de 14 puntos. La moda de 24. La medida de dispersión de los percentiles uno, dos y

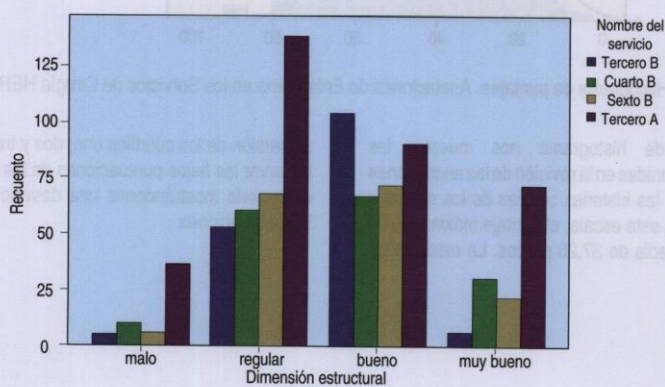
tres nos permite observar bajas puntuaciones de las anotaciones de enfermería.

**Tabla 7.** Comparación de la calidad de las anotaciones de enfermería en la dimensión estructural entre los servicios de cirugía: 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Calidad de Anotaciones	Nombre del servicio				Total
	Tercero B	Cuarto B	Sexto B	Tercero A	
Malo	5	10	6	36	57
Regular	53	60	68	138	319
Bueno	104	67	72	90	333
Muy bueno	6	31	22	72	131
Total	168	168	168	336	840

En la comparación de la calidad de las anotaciones de enfermería entre los servicios de cirugía en la dimensión estructural se pudo observar un mayor

valor en la categoría de buena calidad de registros en el servicio 3B con 104 registros y en la categoría de regular en el servicio 3A con 138 registros.



**Figura 2.** Comparación de la calidad de las anotaciones en la dimensión estructural de enfermería entre los servicios de cirugía: 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.



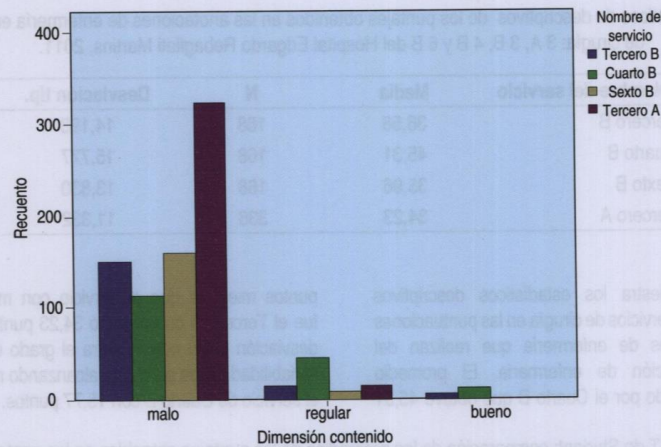
En la comparación de la calidad de las anotaciones de enfermería entre los servicios de cirugía en la dimensión estructural se pudo observar un mayor valor en la categoría de buena calidad de registros en el servicio 3B con 104 registros y en la categoría de regular en el servicio 3A con 138 registros.

**Tabla 8.** Comparación de la calidad de las anotaciones en la dimensión contenido de enfermería entre los servicios de cirugía: 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Calidad de Anotaciones	Nombre del servicio				Total
	Tercero B	Cuarto B	Sexto B	Tercero A	
Malo	149	112	159	322	742
Regular	14	45	8	14	81
Bueno	5	11	1	0	17
Total	168	168	168	336	840

En la comparación de la calidad de las anotaciones de enfermería entre los servicios de cirugía en la dimensión contenido se pudo observar una mayor

frecuencia en la categoría de mala calidad de registros en el servicio 3A con 322 registros y en la categoría de regular en el servicio 4B con 45 registros.



**Figura 3.** Comparación de la calidad de las anotaciones en la dimensión contenido de enfermería entre los servicios de cirugía: 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

En la comparación de la calidad de las anotaciones de enfermería entre los servicios de cirugía en la dimensión contenido se pudo observar una mayor

frecuencia en la categoría de mala calidad de registros en el servicio 3A con 322 registros y en la categoría de regular en el servicio 4B con 45 registros.

**Tabla 9.** Dependencia de la calidad de las anotaciones de enfermería según los servicios de cirugía: 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Calidad anotaciones	Nombre del servicio				Total
	Tercero B	Cuarto B	Sexto B	Tercero A	
Malo	140	106	144	306	696
Regular	23	47	23	30	123
Bueno	5	15	1	0	21
Total	168	168	168	336	840

Ji cuadrado : 77,684    Gl: 6    p: 0,000

El estadístico de Ji cuadrado nos permite establecer la dependencia de la calidad de las anotaciones de enfermería según el servicios de hospitalización de cirugía. Se evidencia que sí existe una influencia de los servicios en la calidad. Como se observa, en el Tercero A predominó una baja puntuación y por ende una baja

calidad en los registros de enfermería ubicándose 306 registros en la categoría de malo. Así mismo en el Cuarto B se halló una frecuencia de 47 registros regulares como segunda categoría predominante después de malo.

**Tabla 10.** Estadísticos de descriptivos de los puntajes obtenidos en las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía: 3 A, 3 B, 4 B y 6 B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Nombre del servicio	Media	N	Desviación típ.
Tercero B	36,56	168	14,193
Cuarto B	45,31	168	15,777
Sexto B	35,96	168	13,830
Tercero A	34,23	336	11,332

La tabla muestra los estadísticos descriptivos obtenidos por los servicios de cirugía en las puntuaciones de las anotaciones de enfermería que realizan del proceso de atención de enfermería. El promedio mayor fue alcanzado por el Cuarto B que obtuvo 45,31

puntos mientras que el servicio con menor promedio fue el Tercero A que alcanzó 34,23 puntos. A su vez la desviación típica nos muestra el grado de dispersión y variabilidad de los servicios, alcanzando mayor variación el servicio de Cuarto B con 15,77 puntos.

**Tabla 11.** Prueba T de Student: comparación de los promedios de los puntajes obtenidos en las anotaciones de enfermería en los servicios de cirugía: 3A, 3B, 4B y 6B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2011.

Nombre del servicio	T	Gl	Sig. (bilateral)
Tercero B	32,477	167	,000
Cuarto B	35,584	167	,000
Sexto B	30,889	167	,000
Tercero A	48,896	335	,000

La prueba T de Student permite hacer la comparación de los promedios obtenidos por los cuatro servicios que participaron en el estudio, notándose el alto grado de significancia obtenido por los cuatro servicios.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, en relación con el primer objetivo específico, se analizaron las características de las anotaciones de enfermería en su estructura

o forma, que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>13</sup> deben tener una identificación que permita su localización y recuperación cuando sea necesario, lo que implica que todos los documentos que las componen deben llevar una serie de datos como nombres y apellidos, número de historia clínica, número de seguridad social, DNI u otros que hagan posible su reconocimiento.

En cuanto a estructura de las anotaciones de enfermería se observó buena calidad en un 39%, lo que se apreció en los indicadores como uso de lapicero de color oficial, el uso de sello, colocación de firma y número de registro de colegio profesional; seguido de la categoría regular con 37,8%, que se observó en los indicadores como nombre y apellidos, nombre del servicio y no borrón ni enmendaduras. Predominó la tendencia de calidad buena a regular en las anotaciones de enfermería según los estándares establecidos por el Colegio de Enfermeros<sup>15</sup>.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos por Más et al.<sup>16</sup> en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, España, 2007 que revelaron que los apuntes de enfermería relativos a la forma o estructura que aparecieron más cumplimentados son la identificación del paciente y el motivo de ingreso con 78,5%.

En relación con el segundo objetivo específico, se analizó las características de las anotaciones de enfermería en su contenido, aspecto que va a permitir evaluar la calidad de atención brindada al paciente.

En el presente estudio, en cuanto a contenido de las anotaciones de enfermería, se observó mala calidad en un 88% y sólo 2% de buena calidad debido a que no se registra en su totalidad, en las anotaciones, la fecha y hora de la intervención y no consignan el proceso de atención de enfermería, que constituye la aplicación del método científico a la práctica y un medio para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta.

Similares resultados se encontraron en cuanto a contenido de las anotaciones en los siguientes estudios:

Más et al.<sup>16</sup>, en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, encontraron que en los apuntes de enfermería relativos a la dimensión contenido, los apartados percibidos como menos cumplimentados son los referidos a la actividad enfermera: técnicas de enfermería, valoración de

necesidades, diagnósticos enfermeros y observaciones de enfermería en un 6%.

Venturini y Marcon<sup>17</sup>, en un Hospital de Enseñanza del Noreste de Paraná, Brasil encontraron que los apuntes de enfermería relativos al aspecto y evolución de lesiones cutáneas o sea de contenido estaban incompletas en un 73,9% y completas en un 26,1%.

Bocanegra<sup>18</sup> et al. en el Hospital Belén de Trujillo refieren que el llenado del formato de Notas de Enfermería fue infrecuente o que fueron muy escuetas sobre nota de ingreso y evoluciones durante la hospitalización; 7 de 9 ítems fueron inadecuadamente registrados, en especial, las funciones biológicas y el estado general y evolución, para los que no se presentó información en el 99,3% y 100% de ellas, respectivamente. Este estudio realizado por otros profesionales constituiría una auditoría externa que comprueba que hay limitaciones para escribir, que no procesamos la información que nos permita llegar a un juicio profesional, ya que unos buenos registros constituyen la oportunidad para el crecimiento profesional.

Respecto a la calidad global de las anotaciones de enfermería (estructura y contenido) se encontró en los servicios de cirugía del Hospital E. Rebagliati Martins, registros que obtuvieron una valoración de 'malo' en un 82,9% debido a que no se registra en la mayoría de las anotaciones de enfermería el número de cama, el sexo del paciente, fecha y hora de cada intervención. Al respecto, la Norma Técnica de Auditoría aprobada por MINSU<sup>19</sup> dice que "se debe registrar la fecha y hora de las intervenciones de enfermería y deben ser consecutivas". En cuanto a valoración no registran datos subjetivos o lo que la persona refiere. Respecto al diagnóstico de enfermería o análisis se aprecia un bajo uso de etiqueta de la taxonomía NANDA. Los objetivos de la planificación del cuidado que se redactan considerando la respuesta observable del paciente, es decir, una modificación de su comportamiento deseado, al igual que la evaluación o resultado esperado, tuvieron un resultado nulo.

Se obtuvo una valoración de bueno en un 2,5% debido a que se tuvo un promedio alto de cumplimiento en el uso de lapicero de color oficial, el uso de sello, colocación de firma y número de registro de colegio profesional. De igual forma se registró la existencia de eventos adversos y eso se debe a que se constató que en la mayoría de los pacientes no estaban presentes estos eventos, y según el formato propuesto por el Colegio de Enfermeros del Perú, se indica que

cuando se encuentren datos no aplicables, estos serán calificados con el puntaje mayor.

Un 14,6 % obtuvo la calificación de regular, pues registraron parcialmente los datos objetivos, como resultado de la observación del examen físico, documentación y percepción de la enfermera. La medicación administrada no se registró en forma clara, estuvo incompleta y según el Colegio de Enfermeros del Perú<sup>15</sup>: "El registro del tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas ni enmendaduras". Las intervenciones de enfermería consignan datos incompletos e irrelevantes del estado del paciente en cada turno.

Similares resultados se encontraron en la investigación de Ríos y Zárate<sup>20</sup> en servicios de hospitalización del Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavarría en Tumbes, Perú, que revelan que un 51% de los registros de enfermería tuvieron una valoración de 'malo' debido a que en la redacción de estos no se consideran algunas de las dimensiones planteadas en este estudio como es el dejar espacios y no trazar una línea a lo largo del renglón no usado, emplear abreviaturas incorrectas, no anotar la educación que se le brinda a la persona referente a lo preventivo promocional de su salud y los cuidados proporcionados a estos. Asimismo, no consideraron su identificación al finalizar la redacción de la nota y el uso incorrecto del acrónimo SOAPIE.

Otra parte se distribuyó en la valoración de 'bueno' con un 21%, en el que se incluyó el nunca considerar opiniones personales, el no utilizar adjetivos categóricos en la redacción, el solicitar al médico para revisar la condición del estado de salud de la persona, registrar las reacciones adversas y las medidas para contrarrestarlas.

Un 28% tuvo una valoración de 'regular'; registrándose de manera superficial información respecto a la condición del estado de salud de la persona; también se encontró que en algunos registros se omitió anotar la fecha y hora precisa de cada entrada y redacción poco legible.

Otro estudio realizado por Cabrera<sup>21</sup> en la Unidad de Salud de Juayúa de Sonsonate, El Salvador en sus resultados más sobresalientes sobre las notas de enfermería, tanto en contenido como en estructura, evidenciaron también que los registros realizados por las enfermeras estaban incompletos en un 74% y solo un 26% reunía los elementos completos.

En el presente estudio se comprueba la hipótesis específica de que existen diferencias significativas en la calidad de los registros de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2011, dado que al hacer la comparación de los promedios obtenidos por los cuatro servicios que participaron en el estudio se halló estadísticamente un alto grado de diferencias significativas en los cuatro servicios. Lo cual demuestra que existen diferencias en la calidad de registro que realizan los profesionales de enfermería.

Podemos asumir que han influenciado en los servicios: la diferente formación del profesional, el diferente avance del trabajo en equipo y la falta de incorporación de nuevos formatos que faciliten el correcto registro de las anotaciones de enfermería.

Estos resultados ratifican el problema de índole iberoamericano, pues traspasa la frontera nacional, e incluye a países como Brasil, El Salvador y España, evidenciándose que la deficiencia es común, que da a pensar que el problema generacional influye en realizar un registro de calidad.

La anotación de enfermería constituye una herramienta que utilizamos para garantizar cuidados de alta calidad al paciente. Sin embargo, se constató mala calidad en las anotaciones de enfermería de los servicios de Cirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

## CONCLUSIONES

1. Se constató en las anotaciones de enfermería de los servicios de cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en cuanto a la dimensión de estructura un número medianamente adecuado de registros de buena calidad.
2. En cuanto a contenido, destacó el nivel de mala calidad en la mayoría de los registros evaluados.
3. En la calidad global de las anotaciones predominó la mala calidad, lo que demuestra que no se cumple con las normas de elaboración de dichas anotaciones.
4. En la comparación de la calidad de las anotaciones entre los servicios de cirugía se comprobó diferencias significativas en los cuatro servicios, que traducen formas distintas del registro del cuidado enfermero al paciente quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2010.
2. Ruiz Hontangas A. Calidad de los Registros de Enfermería en enfermería cardiovascular. España. 2006. En: Enfermería Cardiovascular. Registro del proceso enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. 2006. Consulta: 15/06/12. Disponible en: <http://www.saludycuidados/No.7/registro/registro2.htm>.
3. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería, 2 vols. 5ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 2010.
4. Herrero C, Estévez J. Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: la admisión de enfermos y documentación clínica. Madrid; Editores médicos; 2003.
5. Watson J. Modelo del cariño como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica enfermera profesional. Valencia: V Simposium AENTDE, 2004.
6. Benavent Garcés M A, Leal Cercós M I. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registros de Enfermería. I Trobada d'infermeria Comunitària. Valencia. Octubre 1998. Publicado en CB Nº 41,1º 2000. Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby; 2005.
7. Calafit M, Santamaría R. Razones para utilizar los Registros de Enfermería. Nursing: Barcelona; 1992.
8. Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. 4ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill- Interamericana de España; 2004.
9. Nanda, Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Madrid: Elsevier; 2011.
10. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Características de los Indicadores Clínicos. Control de Calidad Asistencial 1991; 6:65-79.
11. Yocum F. Registros de Enfermería- Cuidados de calidad. Rev. Nursing 2003, Vol 21.
12. Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison CTA, Luz SF. Auditoría e uso de Indicadores Asistenciales. Sao Paulo: Saude Mundo; 2005.
13. Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la Enfermería. Washington: Paltex-OPS: 2003.
14. Ley 27669 del trabajo de Enfermera. Capítulo II: de la responsabilidad y funciones de la enfermera. Artículo 7. Funciones de la enfermera (o) Enero 2002.
15. Propuesta de Auditoría de Enfermería. Documentos de trabajo del Colegio de Enfermeros 2009-2010.
16. Más Luzón J. Registro de Enfermería de Urgencias ¿Lo estamos haciendo bien? Revista Index de Enfermería Digital 2004; 44-45
17. Venturini D, Aparecida M, Silva S. Anotaciones de enfermería en una unidad quirúrgica de un Hospital de enseñanza del Noreste de Paraná. Setiembre-octubre 2008.
18. Bocanegra S, Bocanegra G, Alvarado V. Nivel de calidad del registro de la historia clínica de pacientes apendicectomizados en el Hospital de Belén, Trujillo. 2007. Rev. Med. Vallejiana. Vol. 5 Nº 2: 115-124.
19. Norma Técnica de Auditoría de la calidad de atención. Lima: MINSAL; 2005.
20. Ríos B, Zárate R. Eficacia de los registros de Enfermería en servicios de hospitalización del Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavarría. Tumbes enero -junio 2006. Tesis de licenciatura en enfermería.
21. Cabrera L. Factores que influyen en la calidad de atención que brinda el personal de enfermería los usuarios en la unidad de salud de Juayúa de Sonsonate. Tesis de Enfermería. El Salvador: Universidad Nacional del Salvador; 2011.

**Correspondencia**  
Arleni Olga Retamoso Piérola  
Correo electrónico: arlenir@hotmail.com

Recibido: 23/11/12  
Aprobado para su publicación: 14/04/13