

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**INCORPORANDO LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA TIPO
SOAPIE A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA EN
EL SERVICIO DE PEDIATRÍA, 2016**

Autora:

Lic. ADELA ROSANNA NÚÑEZ ODAR

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2017**

**INCORPORANDO LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA
TIPO SOAPIE A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA
PARTICIPATIVA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA, 2016**

POR:

Lic. ADELA ROSANNA NÚÑEZ ODAR

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
Académico de **MAESTRO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

**Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Presidente de Jurado**

**Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Secretaria de Jurado**

**Mgtr. Francisca Constantino Facundo
Vocal/Asesor de Jurado**

Chiclayo, 2017

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis Padres,
esposo, e hijos que son la razón de mi vida,
quienes me impulsan a superar y seguir adelante
cada día de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por brindarme la oportunidad de lograr la meta trazada.

A mi Asesora y jurado de tesis, quienes me fueron enseñando el camino para lograr desarrollar esta dimensión y a todas las colegas del servicio de pediatría que de una u otra forma me apoyaron para el logro de esta investigación.

Un agradecimiento muy especial a Rosita, Lisseth y Maribel que después de ser mis alumnas ahora son mis maestras.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1.1. Antecedentes de la investigación	14
1.2. Bases teórico-conceptuales	19
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. Tipo de investigación	24
2.2. Abordaje metodológico	24
2.3. Sujetos de la investigación	29
2.4. Escenario	29
2.5. Instrumentos de recolección de datos	30
2.6. Procedimiento	30
2.7. Análisis e interpretación de datos	31
2.8. Criterios éticos	32
2.9. Criterios de rigor científico	33
CAPÍTULO III. ANALISIS Y DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES	44
CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	46
ANEXOS	50

RESUMEN

La presente investigación cualitativa con enfoque de investigación acción participación tuvo como objetivo: Incorporar las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE a través de la metodología participativa en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016. Los sujetos de estudios fueron diez enfermeras que laboran en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Para la recolección de los datos se utilizó: la entrevista semiestructurada y la guía de observación de las anotaciones de enfermería del servicio, se aplicaron antes y después de la intervención. Se utilizó los criterios de rigor científico y los principios de la bioética personalista; para el procesamiento de datos se utilizó el análisis de contenido temático, obteniéndose tres categorías: Realizando anotaciones narrativas y descriptivas incompletas por desconocimiento de las anotaciones SOAPIE y carencia de formatos; Reconociendo la importancia de las anotaciones tipo SOAPIE; Realizando las anotaciones tipo SOAPIE a través del formato sistematizado. Concluyendo que las anotaciones de enfermería son documentos que permiten evidenciar el cuidado brindado por la enfermera, por lo que se diseñó un formato en el que se pueda realizar las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE establecidas en normativas del MINSA, esta es la mejor forma de evidenciar todo el cuidado que realiza la enfermera durante su turno, lo que contribuye indirectamente a mejorar la calidad de este, siendo necesario la metodología participativa que permite el involucramiento y compromiso ético-legal de las enfermeras; con lo que se dejó de lado las anotaciones de enfermería tradicionales que eran someras e inespecíficas.

Palabras claves: Registros de Enfermería, Pediatría, Control de Formularios y Registros.

ABSTRACT

The present qualitative research with a participatory action research approach aimed to: Incorporate the SOAPIE-type nursing annotations through the participatory methodology in the pediatric service of the Teaching Regional Hospital Las Mercedes, 2016. The study subjects were ten nurses who work in the pediatric service of the Teaching Regional Hospital Las Mercedes. The following data were used to collect the data: the semi-structured interview and the observation guide for the nursing notes of the service were applied before and after the intervention. The criteria of scientific rigor and the principles of personal bioethics were used; For the processing of data, thematic content analysis was used, obtaining three categories: Making narrative and descriptive annotations for lack of knowledge of SOAPIE annotations and lack of formats; Recognizing the importance of SOAPIE type annotations; Making the SOAPIE type annotations through the systematized format. Concluding that the nursing annotations are documents that show the care provided by the nurse, for which a format was designed in which the SOAPIE-type nursing annotations established in MINSA regulations can be made, this is the best way to demonstrate all the care that the nurse performs during her shift, which contributes indirectly to improving the quality of this, being necessary the participative methodology that allows the involvement and ethical-legal commitment of the nurses; thus, the traditional nursing annotations that were shallow and nonspecific were left aside.

Keywords: Nursing Records, Pediatrics, Forms and Records Control.

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que demanda preparación teórico - práctico y que requiere de actualización constante para estar a la par con los avances de la ciencia y tecnología, lo que repercute en el mejoramiento de la calidad del cuidado que se brinda. Esta se inicia desde el proceso de formación, donde se imparten los conocimientos teóricos prácticos propios de la profesión, además se inculca la importancia de los diferentes registros de enfermería que tendrá que realizar durante su desempeño profesional, documentos que permiten la evaluación diaria del cuidado brindado.

Al respecto, Torrecilla¹ menciona que, durante la formación de enfermería, se discute la importancia de realizar los registros de forma fidedigna y con calidad, pues se trata de un instrumento de comunicación y de respaldo ético-legal del trabajo. Sin embargo, en la condición de académicos de enfermería, en el ámbito hospitalario, muchas veces no se observa en la práctica lo que era preconizado en la teoría. Muchos profesionales realizan los registros como un deber esencialmente burocrático, sin considerar que éstos serían consultados, posteriormente, para la búsqueda de datos, incluyendo el propio proceso de trabajo de la enfermería.

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el

suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario.² Estos contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud, constituyendo un documento de valor administrativo y legal”.³ Los registros son una documentación donde se recoge toda la información relativa al proceso asistencial, su núcleo gira entorno al paciente y a sus necesidades.¹

Sin embargo, los profesionales de enfermería perciben sus registros como herramienta indispensable al servicio, cuyas funciones abarcan la comunicación, el apoyo legal y la evaluación del trabajo desarrollado. En su contenido hay información sobre los procedimientos realizados y pequeña descripción de los aspectos emocionales. Pero las anotaciones de enfermería consolidan en sólo momento de la documentación, ocasionando distorsión la evolución del paciente. Aunque, los profesionales de enfermería comprenden la importancia, las funciones y el contenido de sus registros, todavía, necesitan mejorar su producción.⁴ Las bajas tasas de llenado completo del registro revelan incumplimiento grave de la atención en esta unidad, que puede ser perjudicial para la continuidad de la atención y la legitimación del trabajo de enfermería.⁵

Los registros de enfermería son una fuente esencial de información sobre la situación de los pacientes y la garantía de la eficiencia en la práctica enfermera y la continuidad de cuidados. Permiten evaluar el cuidado, comunicación con otros profesionales y comparar diferentes alternativas con el fin de elegir la más adecuada para cada situación clínica. Eso muestra la responsabilidad profesional y legal que supone la documentación en enfermería y la necesidad de elaborar estrategias para asegurar su calidad y pertinencia, así como la importancia de que sean realizados por un lenguaje común para todos los profesionales.^{6,7} Su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.⁷

Al respecto, el Ministerio de Salud (MINSA)⁸ en el año 2001 establece que el tipo de notas de enfermería a utilizarse en los establecimientos de salud debe

de ser el del tipo SOAPIE: Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza el profesional en torno al método científico de la enfermera que es el proceso de cuidado. En el que se registra los datos subjetivos referidos por el paciente, los objetivos valorados por la enfermera durante la observación y examen físico, ante los cuales realiza un juicio y elabora un diagnóstico de enfermería, y para dar solución se planifica determinadas intervenciones que serán realizadas en el transcurso del turno, luego realizará la evaluación respectiva de los cuidados brindados, y además permite dar a conocer el trabajo holístico de la enfermera en caso de presentarse una auditoría o un proceso legal.⁹

Actualmente la enfermera en su cuidado diario a las personas dedica una buena parte de su tiempo a la realización de los registros de enfermería llámese a este (anotaciones de enfermería, Kardex, Balance Hídrico Estricto, hoja grafica), que son documentos que se encuentra conformando la historia clínica de la persona hospitalizada, en este se registra todos los cuidados realizados durante su turno programado, intervenciones que favorecen a la recuperación de la persona enferma; documentos que sirven de información para el resto de profesionales de la salud, pero que muchas veces no cumplen esa función debido a que estas anotaciones han sido escritas de una manera muy sucinta que no expresa todo el cuidado brindado, sobre todo en el aspecto emocional, espiritual, social, resaltando solo el aspecto biológico y terapéutico brindado a la persona.

Lo mencionado es corroborado por los resultados de la investigación realizada por Hernández¹⁰ donde menciona que, al revisar las anotaciones de enfermería, solo se encuentra una narración en síntesis de todo el cuidado realizado durante su turno, lo que no permite evidenciar la labor que realiza la enfermera no quedando registradas en ningún documento, y lo escrito solo son algunas acciones de tipo biomédico y de los medicamentos administrados.

Todas estas características se encontraron en las anotaciones que realizan las enfermeras en el servicio de pediatría, pues se puede observar que registran datos referentes a la administración de medicamentos, procedimiento especiales que se realiza o que quedan pendientes, además se observa que no registran el examen físico general realizado en el momento de ingreso, ni el cuidado socio espiritual y psicológico que se brinda a la persona cuidada, todo esto se encontró en la fase de diagnóstico realizada en la presente investigación.

Estos problemas encontrados indicaron la necesidad de modificar urgentemente la práctica del cuidado de enfermería del servicio de pediatría, considerando que las anotaciones de enfermería son una parte muy importante del acto de cuidar, pues las anotaciones de enfermería evidencian los cuidados prestados y es un indicador de calidad que se debe mejorar en el servicio de pediatría.

Las enfermeras en el servicio de pediatría, durante su labor asistencial, no sólo administran medicamentos, ellas realizan una serie de intervenciones como parte de su cuidado para solucionar los problemas y las necesidades presentadas, considerando siempre todas sus dimensiones del ser ya sea biológicas, psicológica, social cultural y espiritual, incluso también considera al acompañante o cuidador, con quien interactúa las 24 horas del día, compartiendo los cuidados en beneficio del ser cuidado.

En un estudio realizado en el Hospital las Mercedes se encontró que a pesar de que la enfermera realiza ese cuidado de forma integral y holístico, siempre encuentra obstáculos para registrar todo los cuidados realizados en las anotaciones de enfermería¹¹. Esta problemática también viene sucediendo en el servicio de Pediatría, donde la enfermera continua realizando las anotaciones de enfermería en forma narrativa, muy breve, consignando solamente reportes de aspectos biomédicos, también las enfermeras del servicio manifiestan que

las notas que realizan son sucintas por que tratan de sintetizar todo y que además no tienen mucho tiempo para escribir ya que en el servicio siempre hay pacientes delicados a quienes realizan varios procedimientos por lo que demandan de más tiempo para el cuidado que para escribir, otras enfermeras manifiestan haber escuchado algo de las notas SOAPIE pero que no las han practicado nunca.

También refirieron estar de acuerdo en modificar las anotaciones de enfermería elaborando un formato en el que se registre todas las intervenciones que se realizan y que les lleve menor tiempo para realizar las anotaciones quedando tiempo para brindar el cuidado, otras enfermeras mostraron interés en estandarizar un formato que les permita realizar las anotaciones de enfermería considerando los pasos del proceso.

Por lo mencionado surge, el siguiente problema de investigación: ¿Cómo incorporar las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE a través de la metodología participativa en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016? El objeto de estudio fue: La incorporación de las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE a través de la metodología participativa. Los objetivos fueron: Analizar y describir las anotaciones de enfermería en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016; e Incorporar las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE a través del proceso participativo en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016.

La presente investigación, se justificó porque los registros de enfermería son una herramienta imprescindible para la comunicación profesional como interprofesional, por lo que es necesaria que estos sean lo más claros, precisos y que demuestre todo el proceso de cuidado brindado por la enfermera, logrando una mejor calidad de cuidado.

Asimismo, permitió que las enfermeras del servicio de pediatría identifiquen que el cuidado que brindan no está evidenciado en las anotaciones que realizan por lo que decidieron mejorar estos registros con su participación en el diagnóstico situacional, planificación y ejecución de un programa de intervención y posteriormente el diseño y elaboración de un formato en el que la enfermera registre su cuidado, lo que permita así evidenciar el cuidado dado, haciendo uso del tipo de notas SOAPIE el que está reglamentado en la ley del enfermero peruano y en la norma técnica establecida por el MINSA promoviendo así la integración docente asistencial, y permitiendo mejorar la calidad del cuidado, ya que se realizara, el proceso de cuidado en cada uno de los niños atendidos en forma integral.

Esta investigación también motivó a la enfermera a recordar el proceso de cuidados de enfermería como instrumento científico de la profesión, conocer las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE, y participó en la elaboración del formato de anotaciones tipo SOAPIE haciendo uso de los diagnósticos de NANDA y su interrelación NIC y NOC, lo que a su vez servirá como fuente de referencia para otras investigaciones y su aplicación en otros servicios del hospital u otros hospitales

CAPITULO I:

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

Después de haber revisado los antecedentes considerando el objeto de estudio, se presentan a nivel internacional:

López-Cocotlea JJ, Moreno-Monsiváis M G, Saavedra-Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería, con la finalidad de poder evidenciar el rol autónomo de la disciplina y diferenciar sus actividades del resto de los profesionales del equipo multidisciplinario de salud. Se desarrolló en una institución de carácter privado de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. Estuvo conformado de cuatro etapas que dieron como resultado el formato Registro Clínico de Enfermería, el cual se encuentra respaldado por la legislación vigente de los organismos reguladores. Resultados: Se obtuvo un nivel de cumplimiento del 95.59%. Conclusión: Los resultados obtenidos representan un avance significativo en la mejora de la calidad del registro clínico, y ello ayuda a mejorar la calidad en la atención de los pacientes¹².

Méndez G, Morales A. Realizaron un estudio con Diseño prospectivo, transversal por encuesta, y observación. Muestra: Probabilística porque se tomarán las enfermeras que laboran en los servicios de urgencias y unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Entre los hallazgos más importantes destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería, no obstante, hubo una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos psicoemocionales, socioeconómicos y espirituales aun cuando se proporcionan al paciente. Cabe mencionar que el concepto que tienen las enfermeras referentes al expediente

clínico se tiene que forzar y concienciar el valor que tienen los registros de enfermería dentro de éste. Actualmente al registro se le asignan valores de tipo científico, docente investigativo, administrativo y legal, pero aun hoy constituye un desafío encontrar un buen registro de enfermería que se ajuste a las concepciones más actualizadas de la práctica enfermera y que respondan a esos valores¹⁵.

Hernández S, Hernández L. Su investigación tuvo como objetivo: determinar la repercusión del programa de mejora continua en registros de enfermería. Se realizó un estudio piloto, comparativo, prospectivo y longitudinal; la muestra estuvo integrada por 225 registros de enfermería, para la recolección de datos se utilizó un instrumento de auditoria de registros de enfermería, el cual incluye 8 variables críticas; alcanzando un valor máximo de 8 puntos, este se aplicó antes y después de un programa de mejora continua; para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y estadística inferencia con la prueba *t de student* para muestras relacionadas. Los resultados: mostraron diferencia estadísticamente en los datos de identificación del paciente, congruencia entre las indicaciones médicas y registro de medicamentos, vía parenteral, valoración del paciente e intervenciones de enfermería con un valor de $p < 0.005$. Conclusiones: contar con un indicador del procedimiento de registros de enfermería permite reconocer las oportunidades de mejora en la calidad de este procedimiento. El programa de mejora continua permitió acrecentar el grado de eficiencia global del procedimiento de registros de enfermería.¹⁰

Gorni F, Rossaneis M, Fernandez M, Oliveira M, Willamowius D. En su investigación tuvieron como objetivos: Evaluar La calidad de las anotaciones de enfermería en un hospital universitario. Métodos: Se realizó una investigación descriptiva, cuantitativa con recolección de datos en base a los informes de la evaluación de la calidad en enfermería de la institución efectuadas del 2002 al 2009. Se atribuyó al ítem "Anotación de Enfermería", los

criterios completo, incompleto, no llenado e incorrecto, para los cuales se adoptó como satisfactorio: encima del 80%, abajo del 15%, 5% y 0%, respectivamente. Resultados: La división de internamiento alcanzó un resultado satisfactorio en el 2007, con el 82,2% de las anotaciones completas. Las Unidades de Cuidados Intensivos no alcanzaron el nivel satisfactorio en ninguno de los criterios. La división Materno-Infantil presentó el 90,7% de registros completos en el 2009. Conclusión: Se detectaron avances en la calidad de los registros hasta el 2009 apuntando para la concientización de los profesionales de enfermería y la inversión de la institución en procesos de educación.¹⁴

Lima AFC, Ortiz DR. Objetivo: identificar el coste directo medio (CDM) de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería en la conducción y documentación del proceso de enfermería en la Unidad de Clínica Medica de un hospital universitario. Método: se observaron 1040 actividades y se calculó el CDM multiplicando el tiempo dedicado por los profesionales por el costo de la mano de obra directa. Resultados: la admisión CDM paciente fue de R\$ 55,57 (SD=19,44); entre las actividades de seguimiento de los pacientes a la documentación de la evaluación fue lo CDM más impactante (R\$ 17,70, SD=14,60); el CDM de anotaciones descriptivas correspondió a R\$ 1,21 (SD=1,21) y el CDM del cambio de turno de enfermería fue de R\$ 54,23 (SD=28,95). Conclusión: el estudio contribuye a dar visibilidad a la labor de los profesionales de enfermería en la realización del Proceso de Enfermería proporcionando datos financieros coherentes a su viabilidad.¹⁵

A nivel nacional:

En un estudio realizado por Palomino B. Sus objetivos fueron; identificar la calidad de las Anotaciones de las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho e Identificar la calidad de las anotaciones de las Enfermeras en la dimensión estructura y contenido. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal retrospectivo. La técnica

fue la observación y el instrumento una lista de chequeo. Teniendo como resultados. Del 100% (78), 66.67% (52) de las anotaciones presentan una calidad deficiente y 33.33% (26) son de buena calidad. En cuanto a la dimensión estructura, el 66.67% (52) son de buena calidad y 33.33% (26) son de deficiente calidad, mientras que en el contenido 73.08% (57) son de deficiente calidad y 26.92% (21) son de buena calidad. Conclusiones. La calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son de deficiente calidad referido a que no coloca el cargo, no existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra el medicamento, así como las reacciones derivadas del tratamiento. Acerca de la dimensión estructura un porcentaje considerable son de buena calidad referido a que contiene la firma de la Enfermera y el número de colegiatura, la letra es legible y contiene los datos del paciente; y según la dimensión contenido la mayoría son de deficiente calidad referido a que no registran la información que se le brinda al paciente y familia sobre la enfermedad, así como el tratamiento y procedimientos, no señala la respuesta ante el cuidado, tratamiento y procedimiento, así como el registro de las respuestas del paciente ante el proceso de cuidado.¹⁵

En otro estudio realizado por Manco A. titulado "Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Rezola Cañete 2010 tuvo como objetivos: Identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión contenido y estructura. El estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por todas las historias clínicas realizadas el mes de mayo y junio del 2010. La técnica fue el análisis documental y el instrumento una lista de cotejo. Obteniendo como resultado: Del 100% 71% (53) es completa, 12%(9) es incompleta. En cuanto a las anotaciones de enfermería dimensión contenido (100%) 75, el 88%(66) es completa, 12% (9) son incompletas. En relación a la dimensión estructura (100%) 75, el 79%(59) es completa, 21% (16) incompletas. Concluyendo que las

características de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete, en un porcentaje considerable son completas porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. En cuanto a su dimensión contenido es completa, Los aspectos relacionados están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización. Lo relacionado a su dimensión estructura son completas porque registra de numero de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. Pero existe un porcentaje significativo donde podemos evidenciar datos importantes que no deben faltar dentro de las anotaciones de enfermería.¹⁶

A nivel local:

Encontramos una investigación realizada por Carlos L. Tuvo como objetivo: Identificar analizar y comprender cuales son los obstáculos para la elaboración de las notas de enfermería de calidad con un abordaje metodológico de estudio de caso, el que se realizó en el servicio de cirugía y medicina de dicho hospital usando como instrumento la observación, no participante y la entrevista abierta a profundidad obteniéndose las siguientes categorías: Obstáculos relacionados al usuario, obstáculos relacionados al profesional de enfermería y obstáculos administrativos y las sub categorías que existen obstáculos que no permiten realizar notas de calidad por demanda de usuarios, grado de dependencia ,sobrecarga de trabajo, desvinculo de la importancia de las notas, capacidad de síntesis en la redacción, años de trabajo y capacitación, dotación de personal, carencia de estándares y unificación de criterios, falta de áreas especializadas.¹¹

1.2.- Bases teórico- conceptuales

En lo que concierne al objeto de estudio se encontró que es muy importante profundizar sobre los siguientes conceptos teóricos para: Registros, anotaciones de enfermería tipo SOAPIE.

Los registros, son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad referente al paciente, su tratamiento y su evolución.¹⁸ También es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente.³ Los que contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud, constituyendo un documento de valor administrativo y legal.³

Por ello, los registros que los enfermeros/as están obligados profesional y legalmente a cumplir son: Hoja de valoración al ingreso, Plan de cuidados, hoja de evolución, gráfico de constantes, hoja de medicación y hoja de enfermería al alta, éste último, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta hospitalaria.¹⁹ La finalidad de los registros de enfermería es la comunicación del proceso de cuidado enfermero a todo el equipo de enfermería y equipo sanitarios ya que proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente proporcionando datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos de enfermería.²⁰

Para la autora los registros son documentos que conforman la historia clínica los cuales tiene un valor administrativo y legal que permiten identificar todas las intervenciones realizadas por el equipo de salud en lo que a la situación de salud de la persona se refiere, ya sea en la etapa de prevención, tratamiento o recuperación durante su estancia en la institución de salud.

Por otro lado, una de las normas genéricas de la gestión de calidad del cuidado enuncia que: Los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional, de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la prestación. También sirven como fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de mejora continua e investigación. Así mismo en el indicador N° 3 de la gestión del cuidado ha establecido a los registros de enfermería como indicador básico para la gestión del cuidado; considerando que la evidencia del cuidado enfermero queda documentada a través de los diferentes formatos y/o registros diseñados e implementados por las enfermeras, con la finalidad de que el proceso de atención de enfermería sea continuo, oportuno seguro y humano previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado.⁵

Dentro de estos registros se encuentra las anotaciones de Enfermería, que es un documento, donde se evidencia el proceso de cuidado realizado a la persona enferma durante su estancia hospitalaria. Estas deben de tener ciertas características para servir de evidencia del cuidado, como ser narraciones escritas en forma clara, precisa, detallada y ordenada, tanto personales como familiares referentes a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.²¹

Las Anotaciones de enfermería se ubican en la cuarta etapa del proceso de cuidado de enfermería, y es en esta etapa donde se registran las intervenciones realizadas en forma ordenada, sistemática y secuencial durante las 24 horas del día, lo que lo convierte en un documento necesario para planificar diariamente el cuidado a brindar, para refrendar la calidad del cuidado realizado y además permite dar a conocer el trabajo holístico de la enfermera en caso de presentarse una auditoria o un proceso legal.⁹

Así mismo, las anotaciones son documentos legales y formales escritos o impreso que se considera como indicador del desempeño de la enfermera

profesional respecto a la evolución del cuidado que se brinda a la persona sana o enferma, conocido también como documentación del proceso de atención de Enfermería o instrumento clave para la auditoría. El cual tiene varios tipos de registros como son: graficas narrativas, graficas orientadas al problema SOAPIE, grafico focus, gráficas por excepción, graficas o registros computarizados. La graficas narrativas son tradicionales, registra tiempos completos, registra lo que considera, la frecuencia de las anotaciones depende del estado del paciente, puede combinar con otras gráficas, el registro orientado al problema SOAPIE: considera recogida de datos, identificación de diagnóstico de enfermería, intervención y evaluación. Tiene 2 componentes: listas de problemas y notas de evaluación, la que facilita la atención de calidad son las notas de evaluación además promueve la atención de calidad, es de fácil acceso al plan de cuidados y facilita la colaboración de todo el equipo, es práctico para evaluar y para investigar, los gráficos por excepción se registra en hoja de curso clínico para la enfermera y el médico, los registros computarizados se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado y tiene varios enfoques.²²

La enfermera tiene la obligación y responsabilidad de incluir en el registro de enfermería información veraz, clara y lógica, describiendo con precisión todo el cuidado prestado a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La anotación de enfermería es un indicador de calidad reconocido por el Ministerio de Salud dentro de los indicadores hospitalarios que todas las enfermeras debemos manejar.³ La finalidad de estas es la comunicación del proceso de cuidado enfermero a todo el equipo de enfermería y equipo sanitarios ya que proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente proporcionando datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería.²⁰

La utilidad de estos registros es que al equipo de enfermería y sanitario le permite tomar decisiones respecto al estado de salud de las personas, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado a los pacientes las 24 horas continuas, se usa como documento legal probatorio en un proceso judicial, para el control económico, y de documento de información para los estudiantes en la que conocen la naturaleza de la enfermedad, ayuda a identificar patrones y respuestas humanas, permite realizar estudios de investigación, evaluar la calidad de asistencia prestada en un establecimiento de salud.²²

Según al JCAHJO (Joint Commission On acreditación of helthcare organizations) Que es una agencia de acreditación que establece las normas para documentar la información, pues señala que el profesional de enfermería debe buscar continuamente mejorar la asistencia al paciente, la que se evalúa a través de los registros de enfermería. Para lo cual establece que: Los pacientes deben recibir cuidados en base a la valoración, la que debe de considerar factores biofísicos, psicosociales, ambientales educativos y los cuidados de enfermería se deben identificar por la NANDA, y durante su estancia del paciente este y las personas allegadas recibirán educación, las Historias clínicas en su documentación incluirán valoración iniciales y revaloraciones de los diagnósticos reales y potenciales.²¹

Lo registros de enfermería se deben de realizar en base a normas establecidas por el MINSA y son las notas del tipo SOAPIE, el cual es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones observaciones y evaluación que realiza la enfermera, también conocido como estructura o siglas del registro de enfermería.²⁰ La que fue reconocido por el MINSA 2001 al presentar como indicador hospitalario de calidad a los registros de enfermería de tipo SOAPIE. Los cuáles serán revisados trimestralmente en un formato de auditoría bajo la responsabilidad de la jefa de unidad, el cual se debe de basar en un plan

de atención de la enfermera tomando como referencia el sistema de clasificación de la NANDA.³

Dentro de la normas para elaborar los registros se encuentra que deben ser: Objetiva es decir describir lo que el profesional de enfermería ve, oye siente, huele, No usar términos ambiguos como bueno adecuado, tampoco se deben evitar deducciones, debe de ser subjetiva, fiable, no usar abreviaturas o símbolos, usar ortografía correcta y letra legible puede incluir observaciones de otros cuidadores debe de terminar con la firma y sello y el N° del colegio profesional, debe de ser concisa, actualizada y ordenada y confidencial, usar tinta roja y azul, no usar borrador, Tachar lo no valido o poner entre paréntesis y no valido y firmar al costado en caso de equivocación, no dejar espacio entre un registro y otro, es lo que se debe de tener siempre en cuenta en las anotaciones de enfermería.²²

Para la autora las anotaciones de enfermería es la mejor manera en la que se puede evidenciar el cuidado brindado a la persona pues es el documento que realiza la enfermera en la cual plasma todo el método científico de la profesión, el cual va a permitir dar un cuidado continuo y de calidad, este es un método cíclico, dinámico que requiere de una constante valoración, análisis o diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que son intervenciones que le permiten a la enfermera tener el privilegio de conocer a la persona en forma holística y poder enseñar a prevenir la enfermedad, cuidar y recuperar su salud en las diferentes etapas de vida de la persona.

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

En el estudio cualitativo el investigador es el instrumento mismo de manera que la validez se encuentra en la forma en que este practica su destreza, habilidad y competencia en su trabajo profesional, siendo sus principales características: Respeto a quién y qué se estudia, se interesa por la forma en la que la realidad social es comprendida experimentada y producida por el contexto, por los procesos y por la perspectiva de los actores (objeto de estudio), por sus sentidos, experiencias, conocimientos, imaginarios y sus interrelaciones.²⁵ Por ello, este tipo de investigación permitió describir y analizar como se venía realizando las anotaciones de enfermería, para que luego se incorpore las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE a través de la metodología participativa en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes.

2.2.-Abordaje metodológico

La presente investigación está inmersa en el paradigma socio-critico, denominada investigación acción participativa, es el único procedimiento metodológico que admite a las personas (comúnmente considerados como sujetos de estudio) como sujetos partícipes en los proyectos de investigación,

de esta manera los equipos de investigación se convierten en unidades gestoras de proyectos de investigación y de cambio, protagonistas de la transformación de su propia realidad y constructores de su proyecto de vida. Esta técnica acentúa el compromiso político de la comunidad y del investigador, desde una posición crítica.²⁴

El diseño metodológico de esta investigación acción participativa es un proceso complejo por su especificidad para cada estudio, lo que hace imposible un modelo único, rígido y estandarizado, en este caso la investigación va dirigida a mejorar las anotaciones de Enfermería a través del análisis de las características y el diseño de un formato de Anotaciones de enfermería en el que quede registrado como evidencia las fases del proceso de cuidado.

Las fases de la investigación acción participación son:²⁵

-Fase inicial o de contacto con la comunidad: En el servicio de pediatría, del Hospital Regional Docente Las Mercedes donde se contactó con las enfermeras que laboran en este servicio y se les motivó a participar de la investigación que se deseaba realizar lo cual tuvo aceptación por parte de las enfermeras del servicio, las que en una reunión que se tuvo en el servicio de pediatría con la participación de diez enfermeras del servicio se logró analizar a través del árbol de problemas de cómo es que vienen realizando las anotaciones de enfermería, y que factores intervienen para que ellas no realicen una anotación que refleje todo el cuidado brindado y como se podría mejorar este problema, pues con la participación de ellas se encontró que las anotaciones, no reúnen las características adecuadas ni de estructura ni de contenido encontrado a través de la discusión de todo el grupo cuales eran las causas y el efecto de las anotaciones de enfermera inadecuadas que vienen realizando, logrando identificar que las anotaciones no reflejan el cuidado que brindan y que las principales causa por las que las notas de enfermería no reúne las características adecuadas son; falta de tiempo, falta de sistematización

y falla en la memoria que no permite registrar los cuidados, además que no hay una buena valoración de enfermería, mucha demanda de pacientes y en relación a las consecuencias que este problema origina refirieron lo siguiente: las anotaciones no reflejan todo el cuidado brindado, anotaciones inadecuadas, no reflejan el resultado de las acciones realizadas, notas ilegibles, no permite hacer evaluación del cuidado o evidenciar el cuidado.

También se aplicó la guía de observación de las anotaciones de enfermería.(Anexo N°3) antes y después de la ejecución del programa., la cual evalúa el contenido y la estructura de las anotaciones ,tiene 14 ítems para evaluar contenidos y 12 ítems para evaluar la estructura. Con este instrumento se obtuvo información sobre las características de las anotaciones de enfermería que realizaron las enfermeras en las historias del servicio de pediatría en la que se obtuvo al analizar las características de las anotaciones de enfermería de 50 historias obtenidas de dos meses se encontró , que no registran la valoración del examen físico ni las reacciones adversas de algún tratamiento, ni las demás características que debe tener la anotación lo que si se logra evidenciar que son notas muy sucintas en la que en su mayoría registran el medicamento y la vía de administración en un 100%, los signos y síntomas del paciente en un 50% y en lo que a necesidades del paciente son escasas las anotaciones que registran algunas necesidades específicamente la de oxigenación dejando sin registrar las demás necesidades , en cuanto a las características de la anotación tipo SOAPIE , no se registran lo que comprueba lo enunciado por ellas al referir que no realizan este tipo de anotaciones , lo que si se logró evidenciar que utilizan los colores oficiales según el turno en un 100%,no tienen enmendaduras ni tachas, colocan su firma en un 100% la cual no es muy legible , mas no usan su sello ,también se observa que no colocan el nombre de los pacientes en las historias , ni el número de cama , pero si registran la fecha y la hora de inicio del turno que realizan las notas mas no la hora en que concluyen o cierran la anotación.

-En la fase intermedia o de elaboración del plan de acción se estructura administrativamente la investigación comenzando por definir las responsabilidades del grupo, los objetivos que se pretenden alcanzar, y procedimientos a seguir para analizar el problema y encontrarle solución, estos

objetivos deben de estar orientados a conocer y transformar la realidad social de las personas involucradas.

Ante esta situación encontrada se propuso generar cambios en las anotaciones a través de la sistematización y reestructura de las anotaciones de enfermería, hacer una hoja de valoración diaria, otra participante propuso una hoja en la que se incluya el PAE, es decir sistematizar una hoja de anotaciones de enfermería, además que se propuso ejecutar un programa de capacitación o de actualización en anotaciones de enfermería, tipo SOAPIE y dar a conocer las fases del proceso de cuidado, también refirieron que deseaban conocer sobre los diagnósticos NANDA; NIC y NOC para poder incorporar y diseñar el nuevo formato para luego aplicarlos en el servicio de pediatría. Los objetivos del programa de intervención fueron recordar los diferentes tipos de anotaciones, las fases del Proceso de Atención y conocer los diagnósticos de NANDA y la interrelación NIC y NOC.

Durante la etapa de elaboración del plan se tuvo algunas dificultades en lo que respecta a dos participantes ya que ellas referían que no participarían por que ya están mayores para estar cambiando lo que hace, pero se les explico y se les dijo de los beneficios que tendría la capacitación para lograr mejorar las notas , además en cada reunión se les seguía motivando a continuar participando en las siguiente reuniones además , también se les otorgo un sello con sus nombres para que sea utilizado en la elaboración de las notas de enfermería y la reuniones se convirtieron en lonches científicos porque todas aprendíamos .

-En la Fase de ejecución y evaluación del estudio se inicia con la sistemática intervención de la comunidad o grupo que va a investigar y proponer una solución al problema objeto de estudio. Esta fase termina con la solución concreta del problema estudiado, el cual debe de ser evaluado y aceptado por la comunidad en su conjunto, al igual que el proyecto el informe final debe de redactarse con la acción participativa de la población sujeto de la investigación.

En esta fase se planificó realizar un taller de actualización sobre las anotaciones de enfermería, donde participaron 10 enfermeras del servicio en el que se dio a conocer que es el proceso de enfermería, con la participación de una de las participantes en el trabajo de investigación que trabaja en el servicio de pediatría, quien estuvo bastante motivada con la investigación, otra exposición sobre anotaciones de enfermería y el tipo SOAPIE establecida por el MINSA para la que se contó también con ponencia de otra participante de la investigación quien ha estado muy interesada de que se estructure un formato para registrar las anotaciones.

También se tuvo la disertación sobre diagnósticos de NANDA NIC y NOC por una docente de la universidad Santo Toribio de Mogrovejo de la escuela de enfermería, con lo que quedaron muy interesadas las participantes de la investigación, todo este contenido sirvió para incrementar los conocimientos que tenían acerca del tema en estudio, lo que ayudó a continuar con la discusión acerca del diseño del formato que contienen la valoración según los dominios y los diagnósticos NANDA que se tenían que considerar en el formato a proponer, lo que se hizo en una próxima reunión en la que también se contó con la presencia de 10 participantes con quienes se fueron buscando los diagnósticos usados con mayor frecuencia y que se podrían considerar en el formato dejando para una próxima reunión para proceder a depurar los diagnósticos a incorporar en el formato, con sus respectivos objetivos o criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Posteriormente en la siguiente reunión se procedió a elaborar el formato que facilitó que las anotaciones que realiza el personal del servicio de pediatría cambien y se cumplió con lo propuesto por el MINSA (AnexoN°4) el que se empezó a usar para ver si se puede hacer alguna modificación antes de su estandarización final, posteriormente se realizó la entrevista final y la lista de chequeo final para realizar la respectiva evaluación e informe con todo el grupo investigador.

Con todas estas actividades realizadas se logró los objetivos trazados en la presente investigación, que fue incorporar las anotaciones tipo SOAPIE, pues se coordinó con la jefa de servicio par que el formato elaborado con la participación de todo el equipo investigador se imprimió y se empezó a distribuir al servicio de lactantes y pre escolares que conforman el servicio de pediatría lográndose elaborar las anotaciones de enfermería con el nuevo formato estandarizado por todo el equipo de enfermeras del servicio de pediatría, quedando pendiente que la dirección del hospital a través de la oficina de calidad lo apruebe.

2.3. Sujetos de la Investigación:

Los sujetos de investigación fueron diez enfermeras que laboran en el servicio de Pediatría del hospital Regional Docente las Mercedes. Cuyos criterios de inclusión fueron: trabajar en el servicio por más de 6 Meses consecutivos, tener interés para mejorar las anotaciones y contar con disponibilidad de tiempo para la intervención y aceptar participar en la Investigación. Se identificaron con el nombre de flores, para guardar su confidencialidad. Los sujetos de estudios son egresadas e diferentes universidades, que vienen laborando en el servicio, un 50% de ellas ejerce la docencia en diferentes universidades, La edad promedio fue de 35 años, con un tiempo de servicio promedio de 10 años. El 70 % eran casadas con hijos.

2.4. Escenario:

Esta investigación se realizó en el servicio de Pediatría, del Hospital regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, el cual es un hospital del Ministerio de salud de Nivel II, que brinda atención a la población de la región Lambayeque y regiones como Cajamarca, Amazonas Piura. Este hospital está conformado por 5 departamentos médicos: medicina, cirugía, gineceo obstetricia, emergencia y pediatría, este se encuentra integrado por los

servicio de alojamiento conjunto, neonatología, lactantes y pre-escolares, lugar donde se realizó la investigación en la que laboran 10 enfermeras profesionales y 5 técnicos de enfermería, en cuyo servicios hospitalizan neonatos de más de tres días, lactantes, pre-escolares, y escolares con patologías propias de la edad a quienes brinda cuidado la enfermera, en forma continua durante las 24 horas del día, servicio en el cual sirve también como sede de práctica de la docencia de enfermería en el pre y post grado de diferentes universidades locales.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

La recolección de datos fue un proceso que implicó una serie de pasos para poder lograr los objetivos de la investigación.

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista semiestructurada (anexo N°2) la que tuvo 6 preguntas y se aplicó en un aproximado de 30 minutos por entrevista, la que se realizó en el estar de enfermería, cuando las enfermeras habían concluido sus labores, las preguntas fueron orientadas adecuadamente con el fin de permitir que las enfermeras manifiesten como realiza sus anotaciones y si en estas se puede evidenciar el cuidado que brindan también se aplicó la guía de observación de las anotaciones de enfermería (Anexo N°3) antes y después de la ejecución del programa, la cual evalúa el contenido y la estructura de las anotaciones y tiene 14 ítems para evaluar contenidos y 12 ítems para evaluar la estructura con estos instrumentos se obtuvo información sobre las características de las anotaciones de enfermería que se encuentran en las historias del servicio de pediatría.

2.6. Procedimiento

Primero se presentó la resolución del proyecto aprobado y se solicitó el permiso a la institución, lo que se mostró a las enfermeras para invitarlas a participar previa firma del consentimiento informado (Anexo N°1), luego se

procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada (Anexo N°2) previa a la prueba piloto, quedando el compromiso de visitas posteriores en su domicilio o en el servicio si surge alguna duda durante la entrevista. También se aplicó una guía de observación (Anexo N° 3) de las características que debe tener las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE, también se convocó a una reunión con todos los participantes, que contó con la participación de 10 enfermeras entrevistadas con quienes se elaboró el diagnóstico situacional, para luego en conjunto con el grupo de participante se elaboró un programa de intervención a realizar para posteriormente concluir con el diseño de un formato que permita registrar todo el proceso de cuidado en forma rápida y precisa de tal manera que ahorre tiempo a las enfermeras y se registre todos los pasos según el tipo de anotaciones SOAPIE, luego de aplicado el programa de intervención se tuvieron varias reuniones para esquematizar el diseño del formato y definir que diagnósticos se utilizaran en dicho formato, criterios de resultados (NOC) y las intervenciones (NIC) que se usaran el cual se utilizó para luego realizar la evaluación final lo cual facilitó la expresión y reflexión de los participantes en la investigación.

2.7.-Análisis de los datos

Para el análisis de datos de la presente investigación se utilizó el análisis de contenido temático, parte de datos textuales en el que se trata de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía es decir considerando las similitudes o semejanzas que existen entre estas en función de criterios preestablecidos.⁹⁶ Este análisis comprende tres etapas:

El pre análisis es la etapa de organización del material a analizar, se diseñaron y definieron los ejes del plan que permitieron estudiar los datos y realizar el análisis temático, luego de realizadas las entrevistas se procedió a la transcripción fidedigna de cada uno de los discursos asignándoles el seudónimo

respectivo procediendo a la lectura y relectura de los mismos permitiendo la familiarización con los contenidos buscando unidades de significado en relación al objeto de estudio.

Segunda etapa de codificación se realizó la transformación de datos iniciales a datos útiles, en la que se estableció unidades de registros y unidades de elementos, una vez catalogadas las unidades de significado, se agruparon las mismas según similitud de los contenidos.

En la tercera y última etapa de categorización se organizaron y clasificaron las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, el criterio fundamental en un análisis de contenido temático, es decir se agruparon en categorías bien definidas estableciendo conexiones entre ellas y contrastando con la literatura y con la investigadora. En cuanto a la guía de observación fue utilizada para complementar y /o discutir los discursos de las entrevistadas.

2.8.-Criterios éticos.

Durante el desarrollo de la investigación científica se tuvo en cuenta los principios de la ética personalista por centrarse en la persona dando valor primordial a sus derechos fundamentales.²⁷

Principio de respeto a la vida humana, este principio hace referencia que el respeto a la vida, así como su defensa y promoción tanto la ajena como la propia, constituyen el imperativo ético más importante del ser humano, dándole un valor absoluto al que hay que respetar siempre por ser única irrepetible insustituible e inviolable. Este principio se respetó durante la investigación dando un trato digno y manteniéndolos en el anonimato,

haciendo uso de los seudónimos (flores), el cual fue elegido por cada uno de ellos para garantizar su libertad de expresión.

El principio de libertad y responsabilidad el cual señala que la persona es libre de decidir y elegir participar en la investigación para considerar este principio se consideró como criterio de inclusión, la participación voluntaria de los sujetos, para lo que se les dio a conocer el motivo de la investigación y después de su aceptación se les hizo firmar el consentimiento informado. Finalmente, se asumió el principio de socialización y subsidiariedad; por el cual se procuró llevar a cabo la escucha activa y una relación empática con los sujetos de la investigación.

2.9.- Criterio de rigor científico

El rigor de la investigación busca velar por que los datos estén completos, que sean de calidad para ello debe de tener los siguientes requisitos.²⁸

-Credibilidad que hace referencia a la verdad tal como la conocen, la experimentan o la sienten, profundamente los sujetos de estudio y se interpreta con los hallazgos en este trabajo la credibilidad está en que se han realizado las entrevistas y se han evaluado las historias clínicas para poder identificar las características y planificar las intervenciones para poder dar solución al problema la confianza de la información obtenida en la entrevista se garantizó por que los datos se procesaron tal cual se presentaron en la realidad, evitando prejuicios del investigador, pues estos son productos de las 10 entrevistas realizadas a las enfermeras del servicio de pediatría.

El principio de auditabilidad: Fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. En este trabajo de investigación la información que se recolectó será guardada por 2 años para futuras investigaciones y dejar constancia de la veracidad y la verificación o evaluación

de la investigación, luego de este periodo se procederá a eliminar la base de datos.

Y por último el principio de transferibilidad, consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Para ello se describió en forma detallado el lugar y las características donde el fenómeno es estudiado, se narraron las características de los sujetos de esta investigación y el escenario donde se desarrolló la investigación con la finalidad que otros investigadores lo apliquen en su realidad.

CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la guía de observación aplicada en las historias clínicas antes de ejecutar la intervención, se evidenció que al analizar las características de las anotaciones de enfermería de 50 historias clínicas del servicio de pediatría lo siguiente: no registran la valoración del examen físico ni las reacciones adversas de algún tratamiento, tampoco registran las demás características que debe tener la anotación lo que si se logra evidenciar que son notas muy sucintas en la que en su mayoría registran el medicamento y la vía de administración en un 100%, los signos y síntomas del paciente en un 50 % y en lo que a necesidades del paciente son escasas las anotaciones que registran algunas necesidades específicamente la de oxigenación dejando sin registrar las demás necesidades, en cuanto a las características de la anotación tipo SOAPIE, no se registran lo que comprueba lo enunciado por ellas al referir que no realizan este tipo de anotaciones, lo que si se logró evidenciar que utilizan los colores oficiales según el turno en un 100%, no tienen enmendaduras ni tachas, colocan su firma en un 100% la cual no es muy legible, mas no su sello, también se observa que no colocan el nombre de los pacientes en las historias, ni el número de cama, pero si registran la fecha y la hora,

Después de aplicada la intervención se logró evaluar en las historias clínicas a través de la guía de observación lo siguiente:

Que en las anotaciones figuraba la valoración del examen físico, el registro de funciones vitales, además los signos y síntomas que se observaban y expresaban los familiares o el niño evaluado los procedimientos realizados según las necesidades afectadas, además registraba algunos problemas emocionales que puede presentar el niño y la educación brindada que antes no se registraba y el uso del sello en cada anotación de enfermería con su respectivo número de colegio.

Todo esto permitió evidenciar que se mejoró la anotaciones de enfermería y se empezó a utilizar las notas tipo SOAPIE.

	TEMAS DE LA LISTA DE COTEJO	ANTES DE LA INTERVENCIÓN	DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN
1.-	CARACTERÍSTICAS DE CONTENIDO -Efectúa valoración con examen físico	En el 100% de anotaciones no se evidencia que la enfermera realiza el examen físico por qué no lo escribe en su anotación	Después de la intervención, se logra que el 100% de las enfermeras cumple con el registro del examen físico.
	-Registra funciones vitales -Registra signos y síntomas -Informa sobre tratamiento administrado -Registra reacciones adversas al tratamiento	El 100% de enfermeras registra los signos vitales en su anotación, pues ya que en cada turno los tienes que realizar, un 30% registra la administración de tratamiento en forma completa especificando hora dosis y vía de administración. En un 100% no registrar reacciones adversas al tratamiento	Después de la intervención el 95% registra correctamente los ítems considerados, un 5% refiere que las letras son muy pequeñas y que se deben hacer más grandes la impresión
	-Menciona motivo por el cual no administra tratamiento. -Menciona procedimiento realizados al paciente. -Señala cuidados relacionados a diferentes necesidades.	El 80% No mencionan si en algún momento se dejó de administrar el tratamiento. En un 100% enuncian en forma muy sucinta algún procedimiento realizado al paciente	Después de la intervención a través de sesiones educativas, se logró que el 95% de las enfermeras cumplan con registrar los motivos por los que no se administra tto en el espacio considerado para evaluación de las intervenciones y señala los procedimientos realizados en la parte de intervenciones
	-Brinda educación sobre los procedimientos realizados. -Señala cuidados realizados en el área emocional	El 90% no registra los procedimientos realizados ya que realiza una anotación muy sucinta y no se evidencia en las anotaciones ni los procedimientos realizados ni el total de cuidados brindados	Después de la intervención se logra evidenciar que las enfermeras registran en un 95% los procedimientos y cuidados brindados en el formato estandarizado, cumpliendo satisfactoriamente con los ítems considerados en las anotaciones en la parte de intervenciones de las anotaciones tipo SOAPIE
	-Coloca nombres y apellidos del paciente. -Registra número de historia clínica -Registra fecha y hora	Las hojas de la H.C: del paciente en especial de las anotaciones se evidencia en un 50% que registran nombres y apellidos pues no se observa en todas las Historias este dato. Lo que si se evidencia en un 100% es la fecha mas no la hora por que sólo se encuentra la	Después de la intervención se logró evidenciar el registro en un 95% adecuado ya que el formato trae ya especificado los turnos, la enfermera pone la hora en las intervenciones y la fecha se registra desde el día anterior en que se colocan los formatos para las anotaciones

		inicial del turno mañana (M), (T), o noche(N)	
	Registra datos subjetivos -Registra datos Objetivos -Realiza ejecución -Realiza evaluación.	Antes de la intervención solo se evidenciaba una nota muy general sobre el estado del paciente ,sin considerar datos subjetivos y objetivos y se registraban escasas intervenciones de algunos problemas encontrados mas no hacían evaluación de las intervenciones realizadas y de cómo quedaba el paciente	Después se evidencia que las enfermeras realizan las anotaciones SOPAIE considerando datos subjetivos objetivos , consideran la alteración encontrada y lo expresan a través del chequeo del Diagnóstico de enfermería considerado por todo el equipo de enfermeras que participó de la investigación, y registran las intervenciones y evolución de las actividades realizadas lo que permite considerar que se esta realizando las anotaciones propuestas por el MINSA
	Refleja redacción presentación y orden. -Usa lapiceros de colores oficiales según el turno	Se evidencia el uso de lapiceros adecuados según el turno en n 100% la redacción es muy sucinta	Se continua usando los lapiceros en forma adecuada en un 100%
	-Sin enmendaduras -Sin tachas. -Coloca firma y sello (se identifica la enfermera) -	El anotaciones no se observan enmendaduras ni tachas pero el 100 % coloca firma la cual no es muy legible con su colegiatura más no usan el sello que las identifique.	Después de la intervención todas hacen su firma y colocan su sello en un 100% ya que se les proporciono un sello a cada una de las participantes

Finalizada la recolección de datos en la primera y segunda fase del proceso investigativo se procedió al tratamiento de los resultados a través de un análisis de contenidos de las 10 entrevistas realizadas a las enfermeras del servicio de pediatría antes y después de aplicar el programa de intervención se logró obtener las siguientes categorías:

Primera categoría: Realizando anotaciones narrativas y descriptivas incompletas por desconocimiento de las anotaciones SOAPIE y carencia de formatos.

Segunda categoría: Reconociendo la importancia de las anotaciones tipo SOAPIE.

Tercera categoría: Realizando las anotaciones tipo SOAPIE a través del formato sistematizado.

Primera categoría: Realizando anotaciones narrativas y descriptivas incompletas, por desconocimiento de las anotaciones SOAPIE y carencia de formatos.

La anotación de enfermería es un indicador de calidad reconocido por el Ministerio de Salud dentro de los indicadores hospitalarios que todas las enfermeras deben manejar. La finalidad de las anotaciones de enfermería es la comunicación del proceso de cuidado enfermero a todo el equipo de enfermería y equipo sanitarios ya que proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente proporcionando datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería.²⁰ Se encontró que las enfermeras del servicio de pediatría desconocen que el Ministerio de Salud ha establecido que la anotación de enfermería es un indicador de calidad lo que se puede evidenciar en los siguientes discursos:

"No, no las conozco, pero me gustaría, ver como esta esquematizado y que es lo que contiene yo creo que debe ser importantes ya que han sido elaboradas por personas especialistas" (tulipán)

"No, no lo conozco, pero me gustaría conocerlo y aplicarlo" (lirio)

"No conozco las notas establecidas por el MINSA, me gustaría conocer para poder aplicarlas" (Diamela)

"No conozco, este tipo de notas me interesaría conocerlas, si es para la mejora del Cuidado" (Geranio)

El MINSA es el ente rector de las actividades de salud, por lo que el personal profesional de enfermería debe de conocer las normas que establece este órgano para poder brindar un cuidado de calidad en forma oportuna y continua, lo que permitiría una recuperación adecuada y esto mejoraría si en las anotaciones se registrara la valoración y las intervenciones que realiza la enfermera en su quehacer diario ya que el registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no

sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario.² Estos contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud. El sistema de registro constituye un documento de valor administrativo y legal”.³

Los registros son documentos legales y formales escritos o impreso que se les considera como indicador del desempeño de la enfermera profesional respecto a la evolución del cuidado que se brinda a la persona sana o enferma, conocido también como documentación del proceso de atención de Enfermería o instrumento clave para la auditoria El cual tiene varios tipos de registros como son: graficas narrativas, graficas orientadas al problemas, Como se puedo evidenciar que el tipo de anotaciones que vienen realizando en el servicio de pediatría son las anotaciones narrativas, pues la mayoría de enfermeras no han cambiado las anotaciones que aprendieron durante su formación, pero también hay enfermeras jóvenes que por facilidad se han acoplado a este tipo de anotaciones como lo manifiestan en los siguientes discursos:

“En forma descriptiva, primeramente, el estado en que se encuentra el niño haciendo su valoración física, todos los signos vitales, los procedimientos que se realizan al paciente según sus necesidades, la administración de medicamentos y algunos signos que se observan en el niño signos de alarma, el apoyo emocional que se hace nunca lo anotamos se hace, aunque se debe de mencionar se brindó apoyo emocional a la madre” (geranio)

“bueno lo que escribo en primer lugar es la valoración del paciente, toda la valoración completa, del paciente el estado en que se encuentra, las principales funciones, signos vitales, todas las vías invasivas que tiene, luego de la valoración, todo el procedimiento, las acciones de enfermería que se le ha aplicado al paciente y finalmente casi al término del turno una evaluación de cómo queda el paciente después de todo el procedimiento y todas las acciones realizadas” (Diamela)

“El método que usamos en el servicio es el narrativo, en donde se considera aspectos desde la valoración de la apariencia general del niño, hasta las alteraciones que tiene, también podemos encontrar intervenciones que se realizan, indicaciones médicas que tengamos que resaltar, exámenes especiales e informes de forma muy general que se le da a la madre o familiar acompañante...” (Azucena)

Después de entrevistar a las enfermeras se encontró que ya tiene conocimiento de lo que es una anotación de enfermería tipo SOAPIE, ya saben el significado de la abreviatura del SOAPIE, pero queda en compromiso de empezar a utilizarlas en el quehacer diario, para así de esta manera poder dar una continuidad al cuidado enfermero, ya que estas anotaciones, involucran todas las dimensiones del ser cuidado. Lo que redundaría en la calidad del cuidado que se brinda.

Segunda categoría: Reconociendo la importancia de las anotaciones tipo SOAPIE

Al respecto, el Ministerio de Salud (MINSA)⁸ en el año 2001 establece que el tipo de notas de enfermería a utilizarse en los establecimientos de salud debe de ser el del tipo SOAPIE⁹

También encontramos que en la ley del trabajo del enfermero peruano se enuncia que “Los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional, de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la prestación. También sirven como fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de la mejora continua e investigación. Así mismo el Colegio de Enfermeros en su norma legal de gestión del cuidado, en su estándar N° 3 ha establecido a los registros de enfermería como indicador básicos para la gestión del cuidado; considerando que la evidencia del cuidado enfermero queda documentada a través de los diferentes formatos y/o registros diseñados e implementados por las enfermeras, con la finalidad de que el proceso de atención de enfermería sea continuo, oportuno seguro y humano previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado.”³

Cuando se les preguntó sobre la importancia y las funciones de los registros de enfermería, los participantes respondieron que éste era un instrumento muy importante para el trabajo de esta profesión y que, en síntesis, sería una manera de documentar la asistencia prestada. Y afirman ser una forma de mantener la comunicación entre los profesionales con toda la información

sobre el paciente y un modo de analizar la dinámica de trabajo del equipo fue posible identificar las funciones que más fueron citadas, en orden decreciente: documentar la asistencia, registrar informaciones del paciente para una comunicación, evaluar la dinámica del trabajo y conferir respaldo legal al profesional y al paciente.⁴

"Las anotaciones llamadas SOAPIE que su significado es S datos subjetivos, o Datos Objetivos, A alteraciones o diagnósticos, lo que sería el plan de Intervención, I las intervenciones y E la evaluación de todos los cuidados realizados durante el turno "(diamela)

"las notas SOAPIE que significa S la parte subjetiva del paciente o lo que nos refiere el familiar cuidador o el niño, la O la parte objetiva lo que observamos, los signos síntomas que presenta, la A diagnóstico de enfermería, la P planificación, los objetivos, la I son las intervenciones que realizamos, la E la evaluación de todo lo realizado y que se había planificado"(geranio)

"Si son las del SOAPIE que estamos poniendo en práctica, Primero va la Valoración de la parte subjetivas, objetivas, los diagnósticos de enfermería, los Objetivos que queremos lograr durante el turno las Intervenciones que realizamos y la evaluación de cómo queda el niño después de todas las intervenciones de Enfermería "(girasol)

Las anotaciones del tipo SOAPIE son registros orientado al problema considera recogida de datos, identificación de diagnóstico de enfermería, intervención y evaluación. Tiene 2 componentes: listas de problemas y notas de evaluación, la que facilita la atención de calidad son las notas de evaluación además facilita la atención de calidad, es de fácil acceso al plan de cuidados y facilita la colaboración de todo el equipo, es práctico para evaluar y facilita la investigación, por lo que es una de las razones que se desea aplicar el formato con este tipo de anotaciones.

Las informaciones referentes a procedimientos (curativos, sondas, accesos) y signos vitales aparecen con mayor frecuencia en relación a las demás, relacionadas al estado de conciencia, respiración, dieta y estado psicológico / emocional de los pacientes. De igual modo, es necesario destacar la secuencia, en orden decreciente, en que los datos aparecen en el contenido de los registros, de acuerdo con la entrevista: procedimientos (curativos, sondas, accesos, baño), signos vitales, conciencia, eliminaciones, dieta,

respiración y, por último, el estado psicológico / emocional que, a veces, no es citado.⁴

Como los registros de enfermería reflejan la asistencia prestada, de acuerdo con los datos citados, identificamos que el servicio todavía está volcado a la realización de procedimientos sobre el cuerpo enfermo, sin la debida valorización del estado psicológico y medio social de la persona, a quien se presta el cuidado.

En el servicio de pediatría las enfermeras son muy proactivas siempre están buscando actualizarse, tal es así como siempre se ha querido mejorar las notaciones de enfermería y algunas de ellas ya habían querido implantar un formato, pero nunca se había concretizado por lo que surge otra gran categoría denominada:

Tercera categoría: Realizando las anotaciones tipo SOAPIE a través del formato sistematizado.

El Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2001 establece que el tipo de notas de enfermería a utilizarse en los establecimientos de salud debe de ser el del tipo SOAPIE: ⁹ Que es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza el profesional en torno al método científico de la enfermera que es el proceso de cuidado. En el que se registra los datos subjetivos referidos por el paciente, los objetivos valorados por la enfermera durante la observación y examen físico, ante los cuales realiza un juicio y elabora un diagnóstico de enfermería, y para dar solución se planifica determinadas intervenciones que serán realizadas en el transcurso del turno y luego realizara la evaluación respectiva de los cuidados brindado.¹⁰

Después del programa de intervención realizado se logró el diseño de un formato de anotaciones tipo SOAPIE para lo cual se tuvo el aporte de todos los

participantes de la investigación para definir los diagnósticos más usados en el servicio de acuerdo a los establecidos en la NANDA 2013, y las intervenciones y los criterios de resultados del NIC y el NOC, el cual se empezó a utilizar en el servicio y luego se hizo la entrevista final a todos los participantes de la investigación lo que se evidencia en los siguientes discursos:

"con el formato que tenemos en uso lo estamos llenando, de acuerdo a los Parámetros establecidos por el MINSA, son del tipo SOAPIE"(geranio)

"Ahora en este momento lo hacemos en una hoja sistematizada más confiable, es más específica y colocamos todos los cuidados realizados (diamela)"

"objetiva y subjetivamente valoramos en primer lugar observando al paciente, viendo signos y síntomas, y luego transcribirla a la hojita que se ha puesto en uso con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones establecidas y luego la evaluación."(Lirio)

"Actualmente estamos usando la hoja SOAPIE que consta en las historias clínicas" (Diamela)

De este modo, para la continuidad de la asistencia se hace necesario el relato de toda la información sobre el paciente, de forma detallada, pues cada dato es indispensable para una asistencia de calidad. En el caso de que se trate de una información que se comunique, entendemos que, para buscar un registro adecuado, que sirva de instrumento a la continuidad de la asistencia, es necesario observar: claridad, objetividad, concisión, legibilidad y proporcionar toda la información para transmitir el mensaje correcto.⁴ Por lo tanto, es importante considerar el tipo de registro realizado.

Finalmente, las enfermeras están ávidas de aprender y reaprender sobre los registros de enfermería, en especial las anotaciones de enfermería, pero se sienten más motivadas cuando son actores sociales y se sienten involucradas y entes activos para la transformación del cuidado de enfermería, aspectos logrados en la presente investigación. Por ello en conjunto la investigadora y las enfermeras del servicio de pediatría, elaboraron un formato para las anotaciones de enfermería, usando el SOAPIE según MINSA, ya que es más detallado y se direcciona a describir el proceso de enfermería.

CAPITULO IV:

CONSIDERACIONES FINALES

-Las anotaciones de enfermería son documentos que van a permitir evidenciar el cuidado brindado por la enfermera en forma holística, por lo que es necesario que la enfermera le dé la importancia respectiva a este documento, y deje plasmado en él todas las intervenciones que realiza durante su turno, para así de esta manera tenga una fuente de verificación de su quehacer diario, ya que diariamente hace uso del proceso de cuidado y este no se ve reflejado en ningún documento que realiza la enfermera.

-Las anotaciones de enfermería del tipo SOAPIE es la mejor evidencia de todo el trabajo que realiza la enfermera durante su turno, lo cual va a permitir evidenciar el cuidado y contribuye indirectamente a mejorar la calidad de este. Además, constituye un documento sumamente importante para la evolución clínica del paciente y un medio de comunicación con el equipo de salud, pero además un documento legal y de auditoría. Por ello debe ser detallado y cumpliendo todos los estándares y normativas del MINSA.

-La implementación de un formato que contenga la valoración a realizar y los diagnósticos según NANDA relacionándolos con las intervenciones NIC y los resultados NOC pone al servicio de pediatría, a nivel de las grandes instituciones de salud donde se viene utilizando estos diagnósticos de enfermería. Aspectos que se logran cuando la enfermera se involucra y desea participar de manera voluntaria en una metodología participativa, que le permita aprender y reaprender la elaboración correcta de las anotaciones de enfermería.

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA:

- Realizar las anotaciones de enfermería del tipo SOAPIE, porque es una herramienta que permite medir la calidad del cuidado que se brinda.
- Mantener actualizado el formato diseñado para las anotaciones de Enfermería tipo SOAPIE.
- Coordinar con jefatura gggggdel Departamento de enfermería para solicitar a la Dirección del Hospital y a la oficina de Gestión de calidad para su validación aprobación e implementación del formato elaborado producto de esta investigación participación acción

A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS:

- Difundir las anotaciones establecidas por el MINSA en las alumnas del pregrado y post grado.

AL EQUIPO DE SALUD:

- Dar la importancia a las anotaciones de enfermería, ya que estas, permiten al equipo de salud tomar decisiones para mejorar el estado de salud del niño hospitalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrecilla E. Necesidad de registrar en la profesión enfermera [trabajo fin de grado en internet]. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña; 2015 [citado 10 nov 2017]. 52 p. Disponible en: <http://www.recercat.cat/handle/2072/252220>
2. Calero M, González F. El registro de enfermería como parte del cuidado. Granada: Congreso Nacional de la Asociación española de enfermería en neurociencias “neuroenfermería ante la patología tumoral y degenerativa”; 2014.
3. Colegio de Enfermeros del Perú. Manual de Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero Lima [Internet]. Lima: Colegio de Enfermeros del Perú; 2008 [citado 10 Dic 2016]. Disponible en: <http://cr3.org.pe/wp-content/uploads/2016/01/normasggoce.pdf>
4. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEUS REGISTROS. Rev Rene [internet]. 2012. [Citado 03 de nov del 2016]; 13(1):64-73. Disponible en: www.redalyc.org/html/3240/324027980009/
5. Silva J, Martins A, Lourenço M, Silva S. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM UNIDADE SEMI-INTENSIVA. Esc Anna Nery [internet]. 2012 jul –set [citado 12 dic 2017]; 16 (3):576-581. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300021

6. Santos N. Análisis de la calidad de los registros de enfermería en una UCI pediátrica: estudio pre y post intervención [trabajo fin de máster en internet]. Lleida: Universidad de Lleida; 2015 [citado 10 dic 2017]. 41p. Disponible en:<https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/48176/nsantos.pdf?sequence=1>
7. Torres M, Zárate Rosa, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2011 Mar [citado 10 Dic 2017]; 8(1): 17-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100003&lng=es.
8. Ministerio de salud. Manual de indicadores hospitalarios [Internet]. Lima: Oficina General de Epidemiología; 2001 [citado 10 sep 2016]. PERU/MINSA/OGE 01/004 & Serie Herramientas metodológicas en Epidemiología y Salud Pública. Disponible en: <http://docplayer.es/9599127-Manual-de-indicadores-hospitalarios-peru-minsa-oge-01-004-serie-herramientas-metodologicas-en-epidemiologia-y-salud-publica.html>
9. Bravo M. Guía Metodológica del PAE taxonomía NANDA NOC Y NIC: Propuesta de registros de enfermería por especialidades por especialidades con SOAPIE. 4ta ed. Lima: Gráfica Jesús; 2016. 305p.
10. Hernández S, Hernández L. Repercusión de un programa de mejora continua en los registros de enfermería. *Sa Enf Neurol [Internet]*. 2010 [citado 10 sep 2016]; 9(1):13-16. Disponible: www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101d.pdf
11. Carlos L. Obstáculos para la elaboración de las notas de enfermería de calidad en el hospital Regional Docente Las Mercedes [tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2011. 63p.
12. López-Cocotlea JJ, Moreno-Monsiváis M G, Saavedra-Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Universitaria [Internet]*. Octubre-Diciembre 2017 [citado 10 dic 2017]; 14(4):293-300 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300611>

13. Méndez G, Morales A. Trascendencia que tienen los registros de enfermería cardiológica en el expediente clínico. *Revista mexicana de enfermería* [Internet]. Enero-diciembre 2011[citado 10 dic 2015]; 9: 1-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c.pdf>
14. Gorni F, Rossaneis M, Fernandez M, Oliveira M, Willamowius D. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2011 [citado 10 dic 2017]; 24(4):527-33. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400013>
15. Lima AFC, Ortiz DR. Direct cost of development and documentation of the nursing process. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2015 [Citado 03 de nov del 2016]; 68(3):596-602. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680416i>
16. Palomino B. Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho 2009 [tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2011 [citado 10 sep 2015]. 63p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/4877>
17. Manco A. Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del hospital Rezola Cañete 2010. [Tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2010 [citado 10 sep 2015]. 33p. Disponible en: pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-737397
18. Martínez AA. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria* [Internet]. Marzo 2004 [citado 10 sep 2015]; 3(1):54-59. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275769013_Aspectos_legales_y_practicos_de_los_registros_de_enfermeria
19. García A, Navío M, Valentín L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nurse investigación* [Internet]. May-Jun2007 [citado 10 sep 2015]; 28.Disponible en: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335

20. Potter P, Griffin A .Fundamentos de enfermería .8a ed. Barcelona: Elsevier; 2015. 1367p.
21. Gaedke A, Barragan da Silva, De Abreu M. Calidad de los registros de enfermería antes y después de la Acreditación Hospitalaria en un hospital universitario. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 10 Dic 2016]; 24:e2813. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae DOI: 10.1590/1518-8345.0686.2813
22. Cortez G. Guía para elaborar proceso, registros, protocolos y cuidado de enfermería.4a ed. Lima: RODHAS; 2006.
23. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 532p.
24. Ruiz J. Metodología de la Investigación Cualitativa. 5a ed. San Sebastián: Universidad de Deusto; 2013. 344p.
25. Balcazar F. Investigación Acción Participación. Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en humanidades Universidad de San Luis [Internet]. 2003 [citado 10 jun 2015] IV - N° I/II (7/8): 59-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1272956>
26. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P, editores. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. 253p.
27. Sgreccia E. Manual de Bioética. La bioética y sus principios. 5ª ed. Madrid: Talisio; 2009. 990p.
28. Denzin N. Lincoln Y. coordinadores. Manual de la investigación Cualitativa: El campo de la Investigación cualitativa. 3ª ed Vol 1. Barcelona: Gedisa; 2012. 376p.

ANEXOS

ANEXOS N ° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Lic. Rosanna Núñez Odar

Con este estudio se pretende Mejorar las anotaciones de enfermería en el servicio de pediatría.

Para lo cual los participantes se comprometen a:

- 1) Participar en la Implementación de un formato de anotaciones de enfermería.
- 2) Responder a una entrevista semiestructurada sobre cómo mejorar las anotaciones de enfermería para que sirva de evidencia del cuidado.

Cada entrevista va a ocuparle aprox. 20 minutos, la cual será grabada, cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación, puede preguntar en cualquier momento.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho de retirarse cuando Ud. lo crea conveniente, y la relación con el investigador no se verán en absoluto afectadas.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con Ud. Su identidad no se publicará. Toda la información recopilada será solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a su privacidad.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio

Firma del Informante
DNI

ANEXO N° 02

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

El objetivo de la presente entrevista es obtener información acerca de cómo usted evidencia el cuidado de enfermería en las anotaciones que realiza. Para luego establecer un formato que permita evidenciar los cuidados brindados.

DATOS GENERALES:

- Seudónimo:.....
- Tiempo que labora en la institución....
- Edad
- Centro de estudios:
- Fecha.
- Especialidad

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

¿Cómo realiza sus anotaciones de enfermería?

¿Ud. conoce las anotaciones establecido por el MINSA para auditar la calidad de atención? Cual es, le gustaría conocerlo y aplicarlo

¿Qué tipo de anotaciones conoce?, Lo puedes describir

¿. ¿Cree que el método SOAPIE, permitiría evidenciar el cuidado de enfermería?
¿Por qué?

¿Qué beneficio tendría si utiliza este nuevo tipo de anotaciones de enfermería?
Estaría dispuesta a participar en elaborar un formato en el que se registre todos los cuidados que brinda a los niños y de esta manera poder realizar las anotaciones de acuerdo a lo normado por el MINSA y que permita evidenciar nuestro cuidado.

ANEXO 03

INSTRUCCIONES

Esta guía contiene una serie de ítems los cuales están basados en el Proceso de Atención de Enfermería.

SI: Si realiza las acciones del enunciado

NO: Si No realiza las acciones del enunciado

CARACTERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		2		3		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. Efectúa la valoración mediante el examen físico.							
2. Registra funciones vitales.							
3. Registra los Signos y síntomas del paciente.							
4. Informa sobre el tratamiento administrado.							
5. Registra si se presenta reacciones adversas al tratamiento.							
6. Menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento.							
7. Menciona procedimientos especiales realizados al paciente.							
8. Señala cuidados relacionados a eliminación vesical.							
9. Señala cuidados relacionados a nutrición e intestinal.							
10. Señala cuidados relacionados a higiene.							
11. Señala cuidados relacionados a movilización.							
12. Identifica problemas en el área emocional.							

13. Brinda educación sobre los procedimientos realizados.							
14. Señala cuidados realizados en el área emocional.							
CARATERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		2		3		Observaciones
Estructura	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
15. Coloca nombre y apellido del paciente.							
16. Registra Número de historia clínica.							
17. Registra Número de cama.							
18. Registra Fecha y hora.							
19. Registra Datos Subjetivos							
20. Registra Datos Objetivos							
21. Realiza Ejecución							
22. Realiza Evaluación							
23. Refleja redacción presentación y orden							
24. Usa lapicero con los colores oficiales según turno.							
25. Sin enmendadura.							
26. Sin tacha							
27. Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).							



NOMBRE:	SEXO:	FECHA:
EDAD:	PESO:	GRADO DEP.:
PROCEDENCIA:	TALLA:	CAMA:
HCI:	Nº SIS:	DIAGNOSTICO MEDICO:
		PERSONA RESPONSABLE:

NOTA DE INGRESO:	DATOS SUBJETIVOS		
	MAÑANA	TARDE	NOCHE

DATOS OBJETIVOS				TURNOS				TURNOS				TURNOS			
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
FUNCIONES VITALES				RESPIRATORIA				DOMINIO 9: SEXUALIDAD							
TEMPERATURA				NORMAL				SEXO				FEMENINO			
PRESION ARTERIAL				POLIPNEA				MASCULINO							
FRECUENCIA CARDIACA				TIRAJE SUBCOSTAL				AMBIGUO							
FRECUENCIA RESPIRATORIA				TIRAJE INTERCOSTAL				DOMINIO 10:				RELIGION/CREENCIAS			
SATO 2				RETRACCION XIFOIDEA				ACEPTACION/ NEGACION				OTROS			
DOMINIO 1: PROMOCION DE SALUD				RUIDOS RESPIRATORIOS				DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCION							
MANEJO DE SALUD				RONCANTES				VIA PERIFERICA							
HOSP. ANTERIOR				SIBILANTES				CVC							
ALERGIAS				ESTERTORES				FLEBOTOMIA							
AUTOMEDICACION				CREPITOS/SUBCREPITOS				SNG / SOG							
VACUNAS INCOMPLETAS				ESTRIDOR				SONDA FOLEY							
DOMINIO 2: NUTRICION				ALETEO NASAL				DRENAJES / TORAXICO							
INGESTIO				EPISTAXIS				AISLAMIENTO							
PESO AL NACER				MURMULLO VESICULAR				INCUBADORA							
INAPETENTE				TOS SECA				NORMAL							
LACTANCIA COMPLEMENTARIA				TOS PRODUCTIVA				PALIDEZ							
L.M. EXCLUSIVA				CBN / CPAP				ICTERICIA							
L.M. ARTIFICIAL				MASCARA C/RESERVORIO				RUBICUNDEZ							
DIETA ARTIFICIAL				VENTURI				PETEQUIAS							
VOMITO				R. TORAXICO				EQUIMOSIS							
REGURGITACION				DOMINIO 5: PERCEPCION / COGNICION				HEMATOMAS							
ABDOMEN				DESPIERTO				RASH							
BLANDO / DEPRESIVO				DORMIDO				QUEMADURAS							
DISTENDIDO				ORIENTADO				EDEMA / FOVEA							
DOLOR O PALPACION				DESORIENTADO				DIAFORESIS							
RHA				SOMNOLENCIA				FLEBITIS							
ASCITIS				CONFUSO				ULCERA PRO DEPRESION							
P. ABDOMINAL				INCONCIENTE				FLOGOSIS							
HIDRATACION				LETARGICO				INCISION							
DESH. LEVE				AGITACION				LESIONES							
DESH. MODERADA				SEDACION				NORMAL							
DESH. SEVERA				CONVULSIONES				SECA							
DOMINIO 3: ELIMINACION				COMA				MUGGET							
ELIMINACION URINARIA				GLASGOW AO(): RV() RM()				LESIONES							
NORMAL				ISOCORICAS				CIANOSIS / PERIORAL							
ANURIA				ANISOCORICAS				GINGIVORRAGEA							
OLIGURIA				MIOTICAS				DENSAS							
POLAQUIURIA				MIDRIATICAS				FLUIDAS							
RETENCION URINARIA				REACTIVAS A LA LUZ				AMARILLA PURUNTENTAS							
HEMATURIA				NORMAL				HEMOPTISIS							
ORINA COLURICA				HIPOCAUSIA				INTENTO SUICIDIO							
BOLSA COLECTORA				OTROS				INGESTA DE SUSTANCIAS TOXICAS							
FUNC. CASTRO.				COMUNIC. AUDICION				VIOLENCIA (FISICA, PSICOLOGICA, SEXUAL)							
NORMAL				LOCUAZ				HIPERTERMIA							
DIARREAS CARAC...				EVASIVO				HIPOTERMIA							
ESTREÑIMIENTO / DIAS				GESTOS				DOMINIO 12: CONFORT							
FUNC. RESPIRAT.				AUTOESTIMA				PRESENTE							
SILVERMAN .A / B. PIRSON				EXPRESION DE SOLEDAD				AUSENTE							
DISNEA/ APNEA				PESIMISMO				LOCALIZACION							
AGA / SO2				AISLAMIENTO				ESCALA							
DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO				DOMINIO 6: AUTO PERCEPCION				DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO							
ACTIVIDAD/ EJERCICIO				AUTOESTIMA BAJA				NORMAL							
CONSERVADA				EXPRESION DE SOLEDAD				ADELGAZADO							
INESTABLE				PESIMISMO				OBESO							
ACTIVO				AISLAMIENTO				ADECUADO							
HIPOACTIVO				DOMINIO 7: ROL / RELACIONES				INADECUADO							
POSTRADO				TEMOR DEL CUIDADOR											
CONTRACTURAS				VISITA FAMILIAR											
FLACIDEZ				CONFLICTOS FAMILIARES											
HEMIPLEJIA				DOMINIO 8: AFRONT. /TOLERANCIA ESTRÉS											
PULSO				LLANTO											
NORMAL				TEMOR											
TAQUICARDIA				TRISTEZA											
BRADICARDIA				ANSIEDAD											
PERFUSION				PREOCUPACION											
LLENADO CAPILAR				AGRESIVO											
CIANOSIS PERIFERICA				NEGATIVO											
FRIALDAD DISTAL				IRRITABLE											
ISQUEMIA															
NECROSIS															

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

COD		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA / FACTOR RELACIONADO	PLANIFICACION OBJETIVO	M	T	N
97	1	Promoción de la salud: disminución de la actividad	Mejorar prácticas de salud			
103	2	Deterioro de la deglución	Mejorar estado Nutricional			
216	3	leche materna insuficiente	Mantener patrón de alimentos eficaz			
2	4	Desequilibrio nutricional ingesta insuficiente a la necesidad	Mantener glucemia normal			
107	5	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Mantener adecuado volumen de líquidos			
194	6	Ictericia neonatal	Mejorar patrón respiratorio			
179	7	Riesgo de nivel de glicemia inestable	Mantener equilibrio de líquidos			
195	8	Riesgo de desequilibrio electrolítico	Mejora el Metabolismo Bilirrubina			
27	9	Déficit del volumen de liquido	Disminuir intolerancia a la actividad			
26	10	Exceso de volumen de liquido	Mantener adecuada perfusión tisular			
28	11	Riesgo de déficit de volumen de liquido	Mejora Eliminación			
23	12	Retención urinaria	Revertir estado de confusión			
13	13	Diarrea	Disminuir la ansiedad			
14	14	Incontinencia fecal	Reducir riesgo de infección			
11	15	Estreñimiento	Mantener integridad de la mucosa oral			

198	16	Motilidad gastrointestinal disfuncional	Recuperar la integridad cutánea			
30	17	Deterioro del intercambio gaseoso	,			
198	18	Trastorno del patrón de sueño	Mantener vías aéreas permeables			
88	19	Deterioro de la ambulación	Disminuir el riesgo de lesión			
29	20	Disminución del gasto cardiaco	Disminuir el riesgo de Aspiración			
92	21	Intolerancia a la actividad	Mantener T° Corporal Normal			
32	22	Patrón respiratorio ineficaz	Disminuir riesgo de violencia auto dirigida			
201	23	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	Aliviar el dolor			
33	24	Deterioro de la ventilación espontánea	Mantener adecuado C y D			
102	25	Déficit de auto cuidado :Alimentación	Mejorar el intercambio de gases			
108	26	Déficit del auto cuidado :baño	Mejorar Autocuidados			
110	27	Déficit del auto cuidado: Inodoro	Mantener integridad de la piel			
51	28	Déficit de la comunicación verbal				
120	29	Baja autoestima situacional	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	M	T	N
118	30	Trastorno de la imagen corporal	1100 Manejo de Nutrición			
104	31	Lactancia materna ineficaz	5244 Asesoramiento de la Lactancia Materna			
105	32	Interrupción de la lactancia materna	2130 Manejo de la Hipoglucemia			
57	33	Riesgo de deterioro parental	2120 Manejo de la Hiperglucemia			
60	34	Interrupción de los procesos familiares	3800 Tratamiento de Hipotermia			
142	35	síndrome de trauma post violación	6900 Succión no nutritiva			
141	36	Síndrome post traumático	2080 Manejo de Líquidos Electrolíticos			
146	37	Ansiedad	3350 Monitorización Respiratoria			
148	38	Temor	0580 Sonda Vesical			
4	39	Riesgo de infección	5510 Educación Sanitaria			
39	40	Riego de aspiración	6680 Monitorización de Funciones vitales			
155	41	Riesgo de caídas	4160 Control de Hemorragias			

48	42	Deterioro de la dentición	1400 Manejo del Dolor			
44	43	Deterioro de la integridad cutánea	5270 Apoyo Emocional			
35	44	Riesgo de lesión	1876 Cuidados de Catéter Urinario			
31	45	Limpieza ineficaz de vías aérea	1720 Fomentar Salud Bucal			
45	46	Deterioro de la mucosa oral	6540 Control de Infecciones			
206	47	Riesgo desangrado	3660 Cuidado de las Heridas			
217	48	Riesgo de respuesta alérgica	0840 Cambio de posición			
7	49	Hipertermia	1750 Cuidados Perineales			
6	50	Hipotermia	4140 Reposición de Líquidos			
5	51	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	4200 Terapia Intravenosa			
132	52	Dolor agudo	5420 Apoyo Espiritual			
111	53	Retraso en el crecimiento y desarrollo	4190 Punción IV			

INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)			M	T	N	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)		INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)			M	T	N	
1	2300	Administrar medicamentos				9	3590	Vigilancia de la piel	20	1052	Alimentación por biberón			
2	2680	manejo de convulsiones				10	3230	Fisioterapia Respiratoria	21	480	Cuidado de Ostomia			
3	3320	Oxigenoterapia				11	2304	Administración de medicamentos orales	22	6620	Cuidado de la retención urinaria			
4	2311	Realizar Nebulización				12	3160	Aspiración de las vías aéreas	23	1876	Cuidado de Catéter Urinario			
		Control de Diuresis				13	1570	Manejo del Vomito	24	1872	Cuidado de Drenaje torácico			
5		Preparación nutrición parenteral				14	3740	Tratamiento de la fiebre	25	6320	Resucitación			
	2314	canalizar vía endovenosa				15	1803	Ayuda en el auto cuidado / aseo	26	6880	Cuidado de Recién Nacido			
6	1056	Alimentación por sonda				16	5380	Potencialización de seguridad	27	6924	Fototerapia			
7	1056	Vigilar apósitos				17	2210	Administración De analgésicos	28	460	Manejo de la diarrea			
8	3662	Realizar curación de Herida				18	6824	Cuidados de desarrollo	29	410	cuidados de la incontinencia intestinal			
	4030	Administrar productos sanguíneos				19	1200	Administración de NPT	30	1054	ayuda a la lactancia materna			

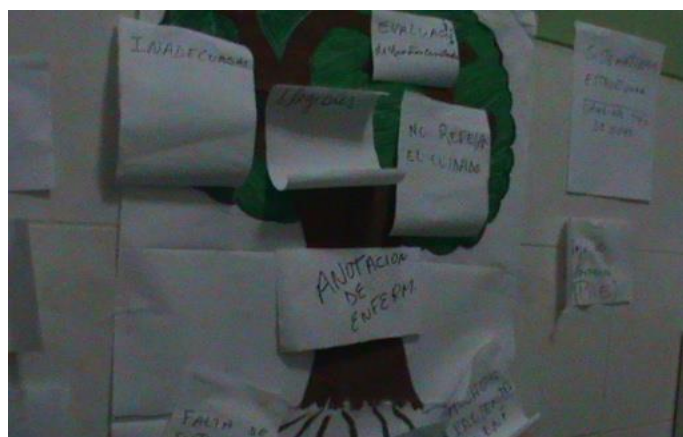
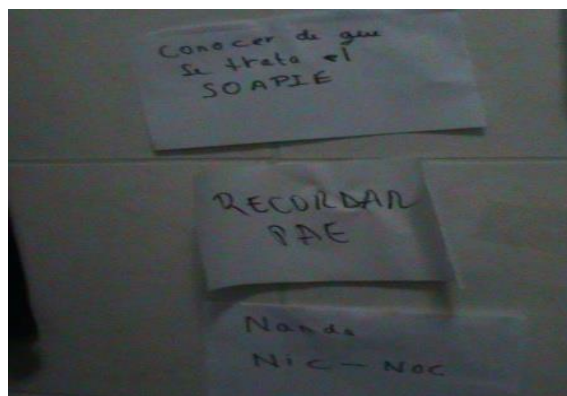
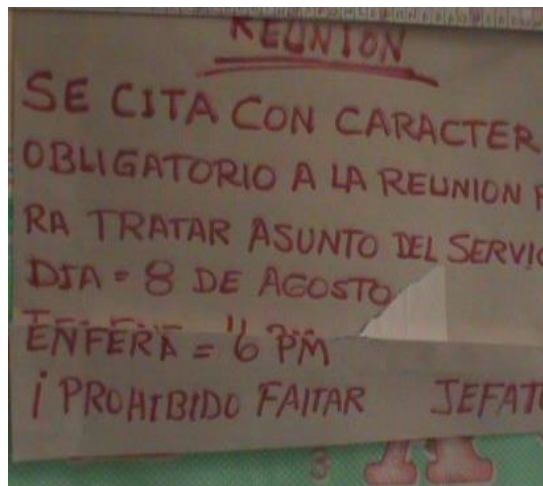
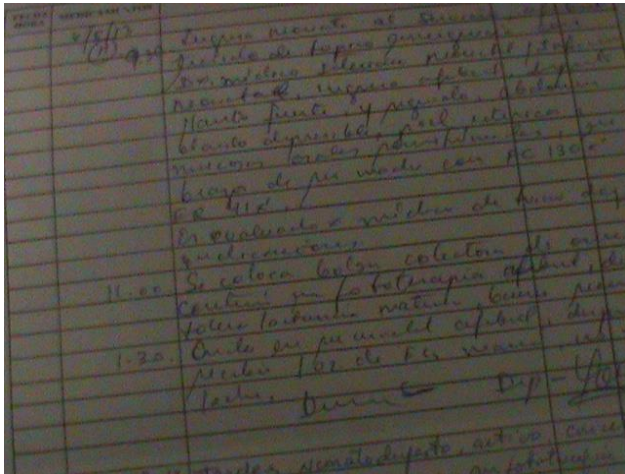
EVALUACION DE ENFERMERIA (NOC)			M	T	N	EVALUACION DE ENFERMERIA (NOC)		EVALUACION DE ENFERMERIA (NOC)			M	T	N	
1	1009	Estado Nutricional: Ingiere				9	5	Tolerancia de la Acto. Mejora y/o mantiene actividad	17	1101	Integridad Tisular: Piel y mucosa. Piel Integra			

		nutrientes adecuados											
2	1800	Conocimiento Lactancia Materna				10	1813	Conocimiento Régimen terapéutico	18	410	Estado Respiratorio. Disminuye secreciones de las vías aéreas		
3	2300	Nivel de glucemia: Glucemia estable				11	401	Estado Circulatorio: Mejora Perfusión Tisular	19	208	Nivel de movilidad normal		
4	601	Equilibrio hídrico: Mejora de Hidratación				12	901	Orientación cognoscitiva: Paciente orientado	20	1918	Prevención de la aspiración libre de signos de aspiración		
									21	501	Eliminación Intestinal Normal		
5	1803	conocimiento proceso enfermedad				13	1402	Autocontrol de la ansiedad: Reduce ansiedad	22	800	Termorregulación: temperatura corporal normal		
6	602	Equilibrio hídrico: Disminuye exceso de volumen de líquidos				14	1902	Control de riesgo: Ausencia de signos de infección	23	1204	Equilibrio emocional: Paciente no evidencia signos		
7	603	Hidratación: Luce hidratado				15	1100	Higiene Bucal. Mantiene Integridad de cavidad oral	24	1605	Control del dolor: Disminuye signos de dolor		
8	403	Estado Respiratorio: Mejora Patrón Respiratorio				16	1101	Integridad Tisular: Involución de lesiones de la piel	25	110	Crecimiento logra crecimiento de acuerdo a su edad		

OBSERVACION: MAÑANA	TARDE	NOCHE

ANEXO 05:

Evidencias de la ejecución de la investigación



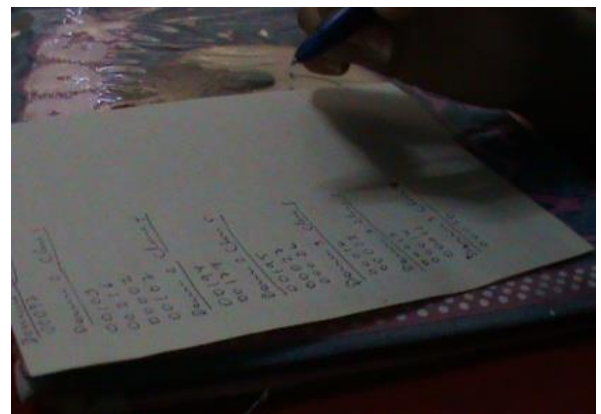
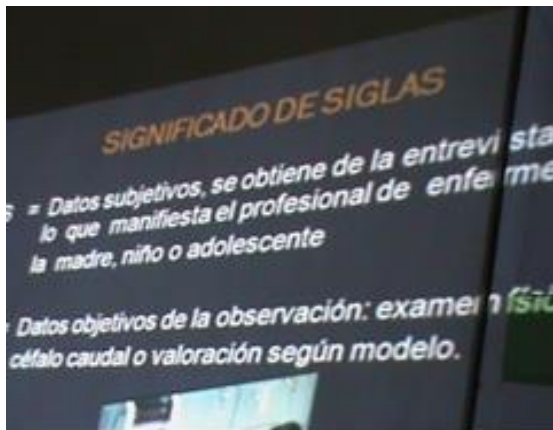
FASE INICIAL: CONTACTO CON ENFERMERAS DEL SERVICIO DE PEDIATRIA



FASE DE PLANIFICACION



FASE DE EJECUCIÒN



FASE DE ELABORACIÓN DE FORMATO E INFORME DEL TRABAJO REALIZADO