



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

TESIS:

**DESARROLLO DE CAPACIDADES EN EL
REGISTRO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARA
MEJORAR LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES
ESTADÍSTICOS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL
DE FERREÑAFE, 2017**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ADMINISTRACION PUBLICA**

Autor:

Bach. Conde Huamán Luis Eduardo

Asesor:

Mg. Juan Amílcar Villanueva Calderón

Línea de Investigación:

Gestión empresarial y emprendimiento

**Pimentel – Perú
2019**

**DESARROLLO DE CAPACIDADES EN EL REGISTRO DE LAS ATENCIONES
MÉDICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARA MEJORAR LA
ELABORACIÓN DE LOS INFORMES ESTADÍSTICOS EN EL HOSPITAL
REFERENCIAL DE FERREÑAFE, 2017**

Aprobación de la tesis

Mg. Villanueva Calderón Juan Amílcar

Asesor Metodólogo

Mg. Villanueva Calderón Juan Amílcar

Presidente de Jurado

Mg. Reyes Reyes Carla Angélica

Secretario(a) de Jurado

Mg. Hernández Terán Saúl

Vocal de Jurado

RESUMEN

Si bien es una constante la deficiencia en los Registros de Atención Médica de los diversos establecimientos de salud, esta investigación se basa en el caso específico del Hospital Referencial de Ferreñafe, de allí su denominación: “Desarrollo de capacidades en el registro de las atenciones médicas del servicio de Hospitalización para mejorar la elaboración de los informes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2017”.

Se planteó como objetivo principal: Fortalecer las Capacidades del personal asistencial en el correcto llenado y registro de atenciones médicas del servicio de hospitalización de este hospital; y como objetivos específicos: Primero diagnosticar el estado actual del correcto llenado y registro de atenciones médicas, y segundo identificar los factores que influyen en el mismo proceso.

Las conclusiones obtenidas son que la heterogeneidad y deficiente cumplimiento de los parámetros establecidos para el Registros de atenciones médicas está orientando a generalizar el desorden en la información y que las deficiencias más frecuentes son aquellas que están referidas al registro del nombre completo del internado, de la hora exacta de ingreso, de la información detallada de la atención brindada, así como en particular de la legibilidad de la letra y la ortografía utilizada.

Palabras clave

Registro de atención, capacidades, emergencia, hospitalización, deficiencia, enfermería, personal técnico, paciente.

ABSTRACT

Although the deficiency in the Medical Care Registries of the different health establishments is a constant, this research is based on the specific case of the Ferreñafe Referential Hospital, hence its name: "Development of capacities in the registry of medical care. of the Hospitalization service to improve the elaboration of the statistical reports in the Hospital Referencial de Ferreñafe, 2017 ".

The main objective was to: Strengthen the capacities of the healthcare personnel in the correct filling and registration of medical care of the hospitalization service of this hospital; and as specific objectives: 1) Diagnose the current status of correct filling and registration of medical care, 2) Identify the influential factors in the correct filling and registration of medical care.

The conclusions obtained are that the heterogeneity and deficient compliance with the parameters established for the medical care records is leading to generalize the disorder in the clinical information and that the most frequent deficiencies are those that refer to the registration of the full name of the boarding school, the exact time of admission, of the detailed information of the care provided and the medications administered, as well as, in particular, the legibility of the letter and the spelling used.

Keywords

Record of attention, capabilities, emergency, hospitalization, deficiency, nursing, technical personnel, patient.

INDICE

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
I. INTRODUCCION	9
1.1 Realidad Problemática.....	9
1.2. Trabajos previos	13
1.3 Teorías relacionadas al tema	15
1.4 Formulación del Problema	22
1.5. Justificación e Importancia del estudio.	22
1.6. Hipótesis.....	24
1.7. Objetivos	24
1.7.1. Objetivo general	24
1.7.2. Objetivos Específicos	25
II. MATERIAL Y METODO	27
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	27
2.2. Población y Muestra.....	28
2.3. Variables. Operacionalización.	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	33
2.5. Procedimiento de análisis de datos.....	35
2.6. Aspectos éticos.....	35
2.7. Criterios de rigor científico	36
III. RESULTADOS.....	39
3.1. Tablas y Figuras.	39
3.2. Discusión de resultados.....	61
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS	67
ANEXOS.....	70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Calidad de los registros clínicos Hospital Regional Docente de Trujillo Enero-Junio 2013	14
Tabla 2 Operacionalización de variables: Variable Independiente	30
Tabla 3 Operacionalización de variables: Variable Dependiente.....	32
Tabla 4 Técnicas de Recolección de datos.....	34
Tabla 5 Criterios éticos de la investigación.....	35
Tabla 6 Criterios de rigor científico de la investigación	36
Tabla 7 Los registros de hospitalización están redactados con letra clara y legible	39
Tabla 8 Los registros de hospitalización están escritos con el color de lapicero normado.	40
Tabla 9 Escriben fecha y hora de ingreso en el registro de hospitalización.....	41
Tabla 10 Consignan el número de Historia Clínica y número de DNI	42
Tabla 11 Escriben el nombre completo del paciente.....	43
Tabla 12 Escriben sexo y edad del paciente.....	44
Tabla 13 Escriben el domicilio y procedencia (distrito) del paciente.	45
Tabla 14 Consignan de manera textual el diagnóstico que corresponde a la enfermedad que padece del paciente.....	46
Tabla 15 Escriben el código CIE-10 que corresponde al diagnóstico del paciente.....	47
Tabla 16 Consignan el nombre del profesional responsable que da el alta del paciente.....	48
Tabla 17 Escriben fecha y hora de egreso.....	49
Tabla 18 En caso de que el paciente sea referido, lo anotan en el registro.	50
Tabla 19 Criterios de redacción que debe tener un registro de hospitalización.	51
Tabla 20 Utilidad que se le da a los registros de hospitalización.	52
Tabla 21 Momento en que se debe anotar información en el registro de hospitalización.....	53
Tabla 22 Persona indicada de verificar la elaboración correcta del registro de hospitalización	54
Tabla 23 Método utilizado para corregir los errores de escritura.....	55
Tabla 24 Aspectos no considerados relevantes al anotar en el registro de hospitalización.....	56
Tabla 25 Personal considerado responsable por los encuestados para la anotación en el registro de atención de los pacientes	57
Tabla 26 Personal que ha recibido capacitación en registros de atención medica diaria de los pacientes	58
Tabla 27 Personal dispuesto a participar de actividades de capacitación en temas relacionados a su trabajo.....	59
Tabla 28 Percepción de confianza en la información que se procesa en la Oficina de Estadística..	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de Capacitación	18
Figura 2 Los registros de hospitalización están redactados con letra clara y legible	39
Figura 3 Los registros de hospitalización están escritos con el color de lapicero normado.	39
Figura 4 Escriben fecha y hora de ingreso en el registro de hospitalización	41
Figura 5 Consignan el número de Historia Clínica y número de DNI	41
Figura 6 Escriben el nombre completo del paciente.	42
Figura 7 Escriben sexo y edad del paciente.	43
Figura 8 Escriben el domicilio y procedencia (distrito) del paciente.	44
Figura 9 Consignan de manera textual el diagnóstico que corresponde a la enfermedad que padece del paciente.....	45
Figura 10 Escriben el código CIE-10 que corresponde al diagnóstico del paciente	47
Figura 11 Consignan el nombre del profesional responsable que da el alta del paciente	47
Figura 12 Escriben fecha y hora de egreso.....	48
Figura 13 En caso de que el paciente sea referido, lo anotan en el registro	49
Figura 14 Criterios de redacción que debe tener un registro de hospitalización	51
Figura 15 Utilidad que se la da a los registros de hospitalización.....	52
Figura 16 Momento en que se debe anotar información en el registro de hospitalización	53
Figura 17 Persona indicada de verificar la elaboración correcta del registro de hospitalización.....	54
Figura 18 Método utilizado para corregir los errores de escritura	55
Figura 19 Aspectos no considerados relevantes al anotar en el registro de hospitalización	56
Figura 20 Personal considerado responsable por los encuestados para la anotación en el registro de atención de los pacientes	57
Figura 21 Personal que ha recibido capacitación en registros de atención medica diaria de los pacientes	58
Figura 22 Personal dispuesto a participar de actividades de capacitación en temas relacionados a su trabajo.....	59
Figura 23 Percepción de confianza en la información que se procesa en la Oficina de Estadística	60

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación denominado “Desarrollo de capacidades en el registro de las atenciones médicas del servicio de Hospitalización para mejorar la elaboración de los informes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2017” se elaboró debido a las graves deficiencias en el llenado y registro de atenciones médicas en el Hospital Referencial de Ferreñafe, dependiente del Ministerio de Salud – MINSA.

Los objetivos planteados son como objetivo principal: Desarrollar las Capacidades del personal de enfermería en el correcto llenado y registro de atenciones médicas del servicio de hospitalización, para garantizar la emisión oportuna y veraz de los reportes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe; y como objetivos secundarios o específicos: Primero diagnosticar el estado actual del llenado y registro de atenciones médicas del servicio de hospitalización de este nosocomio, segundo identificar los factores limitantes para una oportuna y eficiente elaboración de los informes estadísticos, y tercero estimar los resultados que generará la implantación del Desarrollo de Capacidades en el correcto llenado y registro de atenciones médicas del servicio de hospitalización.

La metodología aplicada ha seguido como primer paso solicitar la autorización respectiva a la dirección del hospital y luego orientar la búsqueda de información bibliográfica y del archivo donde se ubican los registros de atención diaria en el hospital, luego y en segundo lugar dentro del trabajo de campo un proceso aplicación de encuestas, así como entrevista a los trabajadores involucrados en el servicio de Hospitalización. Toda esta información se ha analizado y la que se ha cuantificado se distribuyó en cuadros de distribución de frecuencias para su exhaustivo examen.

Una desventaja para el desarrollo de este trabajo radica en la inelegibilidad de la escritura con que se han llenado en muchos casos, las fichas de atención y registro de los pacientes, lo cual no nos permitía avanzar nuestro trabajo dentro del tiempo previsto; por otro lado, también significó una desventaja el deterioro y las frecuentes enmendaduras de los propios registros.

Algunas conclusiones obtenidas son: Que la heterogeneidad y el deficiente cumplimiento de los parámetros establecidos para el Registros de atenciones médicas está orientando a generalizar el desorden en la información clínica y que las deficiencias más frecuentes son aquellas que están referidas al registro del código CIE-10, nombre completo del internado, de la fecha exacta de ingreso, de la información detallada de la atención brindada, así como en particular de la legibilidad de la letra y la ortografía utilizada.

CAPITULO I

INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

1.1 Realidad Problemática

1.1.1. Ámbito Internacional

El hospital Pablo Arturo Suarez de la ciudad de Quito (Ecuador) fue creado en 1973. En este hospital y verificando la información contenida en los registros clínicos de enfermería en los procesos de atención a los pacientes de medicina interna, se concluyó que cierta cantidad de profesionales de la salud no utilizan la información clínica porque los registros de enfermería fueron llenados de forma errónea además, no existe una norma institucional que reglamente la manera de presentar los registros de enfermería para que se cumpla con los estándares de calidad. (Chavez, 2013).

Como se puede apreciar, existen deficiencias dentro de los registros de enfermería con respecto a su llenado, lo cual hace imposible su utilización por ciertos profesionales de la salud de este hospital, y por ende repercute negativamente en la atención al paciente y en la calidad del servicio. La ausencia de una norma para el procesamiento y control de estos registros deja abierto el camino para este grave problema.

Sobre los registros de enfermería que son parte de un conjunto de expedientes del Tribunal Ético de Enfermería de Colombia se identificó los siguientes inconvenientes: La caligrafía no es clara, no está descrito en forma organizada céfalo-caudal o por patrones funcionales, ausencia de datos objetivos y/o reales, no incluyen diagnósticos de enfermería, omiten la evaluación de los cuidados brindados al paciente, no incluyen información sobre procedimientos realizados, no presenta información sobre las reacciones del paciente frente a cuidados y procedimientos, datos incompletos del paciente: nombre completo, documento, edad, número de historia clínica y cama, entre otros. (Farfan, 2013).

En este caso no hay legibilidad, orden ni objetividad en los registros de enfermería, y la información es deficiente en cuanto al tratamiento a cada paciente y a sus datos personales y clínicos, lo cual nos pone frente a un escenario de incoherencia dentro del proceso general para el tratamiento de las patologías de los pacientes.

La Clínica Regional ISSEMyM de Cuautitlán Izcalli (México) está considerada en el Nivel I y pertenece al Municipio de esta misma denominación. En dicho nosocomio se realizó una investigación en base a las notas de enfermería de la atención integral a los pacientes, se halló que existen deficiencias para llenar las notas de enfermería puesto que se hallaron anotaciones confusas y/o inconclusas que obstaculiza la labor de los cuidados al paciente y la intercomunicación entre el personal médico, ya que se hace dificultoso corroborar los cambios que ocurren en el cuadro clínico del paciente y poder determinar las causas que lo originaron. Por ejemplo: en lo que se refiere a la identificación del paciente el responsable omite o realiza un registro erróneo de las variables del diagnóstico, edad, peso y talla, datos que son de suma importancia para el médico especialista y la enfermera de turno por que como se sabe las dosis de medicamentos se administran según el peso, la edad y la talla de cada paciente y de acuerdo a su diagnóstico. (Rocandio y Iturriaga, 2013).

Como se puede apreciar, es casi una constante, en lo referente a este tema, que los registros de enfermería sean confusos e incompletos, lo cual no permite un proceso coherente en el tratamiento del paciente y genera severas limitaciones de comunicación entre los profesionales responsables de tales tratamientos, así como también impide un suministro eficiente de los medicamentos.

1.1.2. Ámbito Nacional

En una investigación practicada en el Hospital Nacional del Sur de Arequipa, en dicho hospital se ha logrado percibir serias deficiencias en el correcto llenado de los registros de enfermería, siendo estos documentos una prueba evidente y escrita de la atención ofrecida al paciente, así por ejemplo se tiene que los diagnósticos están formulados en forma errónea o no corresponden a la patología y necesidades del paciente. (Cuya, 2015).

La incorrecta o deficiente inscripción de los registros de enfermería llegan al extremo de no corresponder a la realidad patológica y demandas del paciente, lo cual por si solo descubre un problema álgido, pero de muy poca atención por los responsables.

El Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, actualmente reconocido en el Nivel II-2, fue objeto de un estudio el cual determinó que en el servicio de Emergencia las anotaciones de enfermería que corresponden a la atención a los pacientes de prioridad I, no

están hechas de manera uniforme, verificándose que no se considera la atención integral que se otorga al paciente; por otro lado, se verifica un desorden de estos registros, lo que ocasiona que la enfermera pase y pierda tiempo en redactar las inscripciones sobre los cuidados y observaciones de rutina. (Alberto, 2015).

Es alarmante en este caso la negligencia con que se administran los registros de enfermería para el servicio de emergencia por las anotaciones inconclusas y el desorden de las mismas lo que obliga a que otros profesionales de la salud repitan las anotaciones sobre los cuidados o tratando de recomponerlas sobre sus experiencias del día.

Asimismo en la provincia constitucional del Callao se encuentra el Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, en un estudio realizado en este hospital se detectó que la estructura del reporte de enfermería carece de lógica y orden, no está considerada la atención integral que se le brinda a los pacientes, tampoco se considera la respuesta a la terapéutica, no se informa acerca del cuadro de salud físico-emocional o las intervenciones que hace la enfermera ante los problemas del paciente, y en ciertas ocasiones no indican si quedo algún examen o procedimiento pendiente; asimismo se indican datos irrelevantes, tales como: “tranquilo durante el turno”, “paso bien la noche”, entre otros. (Plasencia, 2007).

Contrasta mucho la condición que tiene el hospital considerado como de alta complejidad con las graves falencias que tienen los registros de enfermería los cuales no indican con detalle la atención integral a los pacientes ni de sus intervenciones o exámenes pendientes, reduciéndose a simples anotaciones irrelevantes que no dan cuenta del procedimiento médico.

1.1.3. Ámbito Regional

En la provincia de Lambayeque se ubica el Hospital Docente Provincial “Belén” en donde un grupo de internistas del IX Ciclo de Enfermería de la Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo” presentan un proyecto en base a sus prácticas pre profesionales que realizan en este hospital perteneciente al Ministerio de Salud, dan cuenta de las severas deficiencias para ejecutar las respectivas anotaciones en los registros de enfermería reconociendo que las anotaciones se realizan de distintas maneras y con diferentes enfoques,

pudiéndose determinar observaciones y deducciones muy simplistas como aquellas de que “pasó la noche tranquilo” y que el paciente se encuentra “sin novedad”, asimismo no indican la edad, sexo y el diagnóstico del paciente. Además, manifiesta que “En otras notas de enfermería solamente anotan los procedimientos y medicamentos que administran ...” (Bonilla et al., 2011).

Es evidente que el problema subsiste también a este nivel, lo que lo convierte en una cuestión central y longitudinal que cruza todos los niveles o ámbitos del sector salud, siendo esa la razón por la que las estudiantes de la Facultad de Enfermería deciden proyectarse con una iniciativa orientada a actualizar al personal de enfermería del Hospital Provincial Docente “Belén” de Lambayeque con respecto al uso de las anotaciones de enfermería SOAPIE buscando mayor eficiencia en la atención.

1.1.4. Ámbito Institucional

El Hospital Referencial de Ferreñafe de la región Lambayeque, depende del Ministerio de Salud – MINSA y se ha podido observar serias deficiencias en los registros de atención médica tales como: enfoques diversos, anotaciones incompletas, frases y palabras escritas en forma ilegible, borrones y enmendaduras, etc.

Desde hace mucho tiempo, en este hospital, se viene consignando la información de los registros de cirugía, pediatría, medicina, recién nacidos, obstetricia y ginecología de forma defectuosa o carente de datos que son relevantes para el ingreso de información al sistema de cómputo SEEM como son: edad, número de historia, número de DNI, diagnóstico de egreso, nombre completo del médico que da de alta al paciente, entre otros, lo cual ocasiona malestar en el personal del Área de Estadística, ya que genera limitaciones a la hora de ingresar la información correspondiente y elaborar la emisión de los reportes estadísticos mensuales que sirven para la evaluación de los indicadores.

Es menester resaltar que las anotaciones de los registros de atención médica del servicio de hospitalización no son hechas ni por las propias enfermeras ni obstetras sino por indicaciones de ellas al personal técnico asistencial sin que este personal técnico sea controlado acerca de su labor realizada.

1.2. Trabajos previos

1.2.1. Ámbito Internacional

En la Republica de Uruguay, Cancela, Fontán, Martins, Piriz y Vittola (2010) en su investigación se detectaron serias deficiencias en cuanto a registro de datos tales como: omisiones de nombre completo del paciente, número de registro que corresponde a cada paciente, ubicación del paciente durante su internamiento, fecha, hora, diagnóstico de enfermería, etc.

Por otro lado, en relación a la autenticidad de los registros se encontró que el 98% de estos son reales, en tanto el 2% no lo son. En cuanto a la legibilidad el 91% de las historias clínicas revisadas presentan una inscripción legible en tanto la diferencia de 9% no posee esta característica. En relación a la ortografía, tuvieron buena ortografía el 97%, la diferencia del 3% muestra errores de ortografía. En los que se refiere a la escritura con tinta de color azul o negro refleja un porcentaje de 81%, la diferencia que es el 19% aparece con tinta de color rojo y/o resaltadores de diversos colores. En el uso de corrector se puede ver en forma reiterativa para un porcentaje de 76% de las de las historias clínicas revisadas y el 24% no muestra estas correcciones.

El Autor recomienda que para cumplir con el correcto llenado de la historia clínica es de vital importancia aplicar una enseñanza actualizada al estudiante de enfermería durante su formación universitaria y dentro de su desempeño laboral sobre la normativa vigente de la misma.

Según Mateo (2015) en la República de Guatemala, realizó una investigación en donde se encontró que las notas de enfermería están redactadas de manera imprecisa. Más de la mitad de los registros cumple con los estándares de calidad en caligrafía y ortografía. Similar cantidad a la anterior se encuentran redactadas en forma cronológica. La nota de enfermería debe estar rotulada con la información general del paciente, así como del servicio y número de registro clínico, para este criterio se logró obtener que el 92% de las notas de enfermería si están registradas debidamente. Otro criterio es la utilización de lenguaje técnico profesional, se pudo obtener que el 81% de las notas de enfermería si están redactadas con un lenguaje técnico y el 19% no cumple con este criterio.

El investigador realiza las siguientes recomendaciones: se debe ejecutar una exhaustiva supervisión al personal técnico asistencial y profesional de enfermería en lo que respecta a la presentación de las notas de enfermería. Debería realizarse una eficiente capacitación al personal de enfermería acerca de las normas e implicancias legales que tiene la nota de enfermería.

1.2.2. **Ámbito Nacional**

En la ciudad de Trujillo, Suarez (2014) hizo una investigación en el Hospital Regional Docente de Trujillo, en el servicio de cirugía general, en dicho estudio se obtuvo que la calidad de los registros tenía ciertas deficiencias en su llenado, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla 1 Calidad de los registros clínicos Hospital Regional Docente de Trujillo Enero-Junio 2013

Calidad	Cantidad de Historias Clínicas	%
Nivel Excelente	Ninguno	-
Nivel Bueno	9	2.34 %
Nivel Regular	359	93.25 %
Nivel Malo	17	4.42 %

*Fuente: Registros clínicos Hospital Regional Docente de Trujillo.
Elaboración: Suarez (2014)*

Suarez finaliza recomendando promover una cultura de evaluación y supervisión permanente, que este dirigido a capacitar al personal de salud acerca de la importancia que tienen estos registros clínicos. Actualizar el sistema de archivo de historias clínicas, sobre todo en lo que respecta al orden, conservación y almacenamiento. Extender el estudio a los demás servicios hospitalarios.

Narváez (2015) realizó un estudio en el Hospital General de Jaén referido a la calidad del registro de historia clínicas. El estudio arrojó los siguientes resultados: de las historias clínicas auditadas el 67.45% equivale a un contenido aceptable. Hablando de

especialidades médicas, Medicina tiene un contenido aceptable (69.5%). El área que tiene más deficiencias es Gineco-Obstetricia, con 58.4%. Las especialidades de Medicina y Pediatría tuvieron un contenido aceptable si las comparamos a sus propios casos de llenado.

Asimismo, hizo las siguientes recomendaciones: Realizar supervisiones para corroborar el llenado correcto de la historia clínica. Se hace necesaria una correcta capacitación del interno de medicina a través de charlas o talleres.

1.2.3. Ámbito Regional

En este ámbito es de esperarse encontrar las mismas falencias, así encontramos un estudio realizado por el Cuerpo Médico del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Chiclayo (2012), en dicho estudio realizado en el periodo enero-diciembre 2006, obtuvo que el servicio de Obstetricia fue el área que manifestó un elevado porcentaje de buena calidad con 12,4% y el mayor porcentaje de mala calidad es de 30,8%, además de un porcentaje de buena calidad total de 38,5% de historias evaluadas. (Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguin, 2012).

A la hora de evaluar las historias clínicas de los 4 servicios básicos (medicina interna, cirugía general, ginecología-obstetricia y pediatría) del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo mayormente son de mala calidad.

Este hecho es importante para mi tesis en la medida que nos facilita cifras porcentuales del resultado de su investigación y no hace más que confirmar la problemática hallada en diferentes trabajos previos realizados hasta la fecha.

1.3 Teorías relacionadas al tema

“En muchos casos solo el valor (estimación) se anota realmente, y su significado cualidad se entiende mediante referencia a las reglas de interpretación implícitas en la mente del que efectúa el registro. Estas reglas pueden ser coincidentes, o no, con las de otras personas. De ahí la importancia de usar reglas explícitas, manuales de instrucciones, y definiciones tipificadas (estandarizadas).” (Gérvas, 1987).

Farroñay y Trujillo (2013) señalan que “El Modelo de Atención Integral de Salud indica dentro de sus objetivos principales el favorecer a la población proporcionando servicios de salud con transparencia, equidad, calidez y calidad, eficiencia y eficacia. Además, se indica que se debe contar con una adecuada organización de la oferta de los servicios de salud y que esta debe ser configurada de acuerdo a las necesidades de salud de la población para satisfacerla de manera global en términos cualitativos y cuantitativos.”

Concepto de desarrollo de capacidades

El desarrollo de capacidades según la UNDP (2009), es el “proceso que consiste en obtener, fortalecer y mantener las competencias necesarias para establecer y obtener sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo”. En consecuencia, el término capacidad se le define como la habilidad para desarrollar funciones, resolver problemas, establecer y alcanzar objetivos.

El desarrollo de capacidades tiene como finalidad incrementar y optimizar el desenvolvimiento de los individuos y organizaciones para brindar servicios de calidad hacia los usuarios (Gangotena, et al., 2007).

Para estos autores el desarrollo de capacidades consiste en fortalecer las competencias en los individuos y de las organizaciones optimizando los recursos, con la finalidad de aumentar y mejorar el rendimiento de las personas o sus instituciones.

Para el PNUD (1997) El desarrollo de la capacidad es el procedimiento de incrementar las aptitudes de las personas, grupos, organizaciones y sociedades con la finalidad de que puedan desempeñar actividades sustanciales, solucionar problemas, determinar y lograr objetivos y comprender y encontrar respuesta a sus necesidades de crecimiento en un entorno sostenible en el tiempo.

Para el PNUD el hombre individual o en grupo a través de este proceso aumenta sus habilidades para desempeñar sus funciones, darles solución a los problemas, fijar y conseguir objetivos de desarrollo en franca orientación a sus necesidades.

Modelo de Capacitación de Actualización

“Orientado a proveer el conocimiento y experiencia que se han derivado de novedosos avances científicos y tecnológicos, a través de una determinada acción.” (Reynoso, 2013)

Cada tema tendrá una parte teórica y una parte práctica. La parte teórica se llevará a través de seminarios, talleres, lectura y estudio de casuística. En la parte práctica las actividades se desarrollarán por medio de demostraciones y ejemplos donde se pondrán en práctica las competencias identificadas.

Requerimientos de capacitación

1. Infraestructura

- Aulas de conferencia, reuniones, salas de proyecciones.
- Bibliotecas / Videotecas

2. Materiales

- Equipos de Computo.
- Retroproyectores.
- Videos (DVD, USB, etc.)

3. Personal

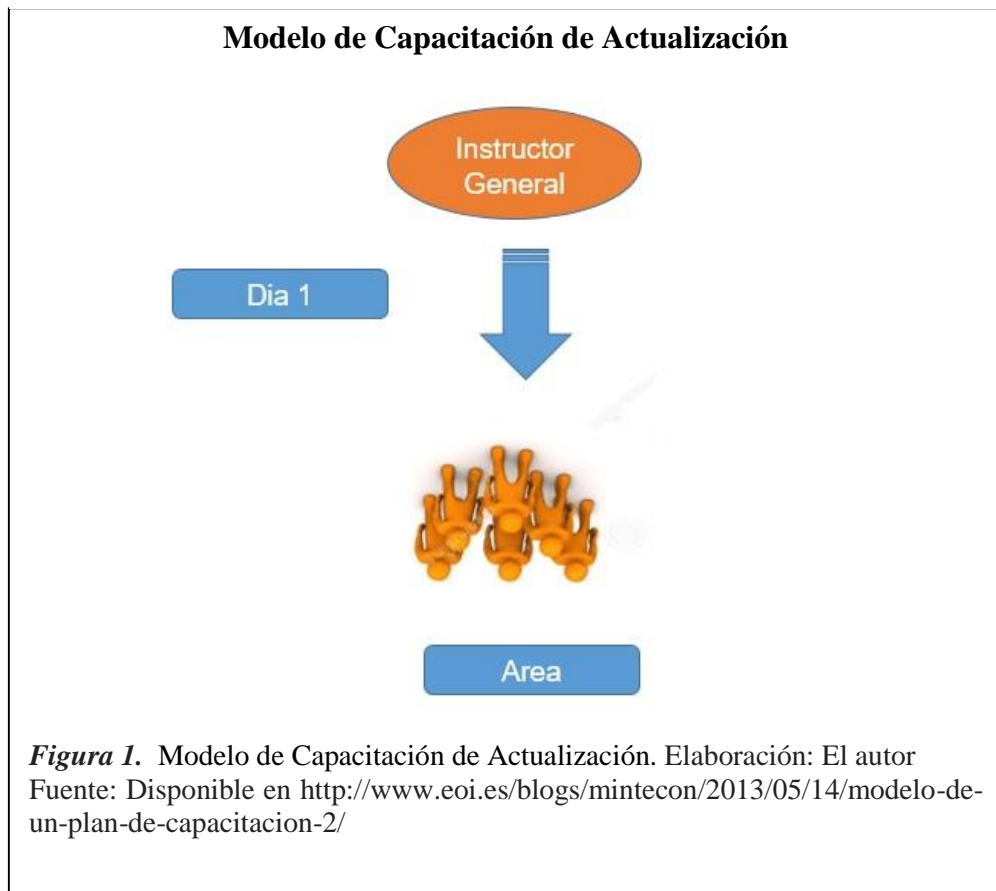
- Coordinador de Capacitación.

El Coordinador de Capacitación es la persona encargada de velar por la continuidad y evolución de los programas de capacitación propuestos para el personal.

- Capacitador

Se hará una búsqueda interna en base a su conocimiento del tema.

Figura 1 Modelo de Capacitación



Definición de Registros de atención médica

La Organización Panamericana de la Salud observa que los registros de salud son dinámicos y contienen fielmente el comportamiento físico, fisiológico y psicológico del paciente diariamente, los cuales deben conservarse ordenadamente y estar por lo tanto disponibles para su consulta, siendo un instrumento básico para diagnosticar el estado del paciente y proponer los tratamientos farmacológicos respectivos.

Cuando un profesional de la salud, toma una decisión, usa mucha información. Si estos registros se determinan como la recopilación de información del paciente, en relación a su salud y con su enfermedad, en ellos se señalan las consideraciones, observaciones, diagnósticos de enfermería, resultados de exámenes, medicamentos administrados.

Estos registros son legibles y de acceso fácil; deben orientarse a la comunicación entre los profesionales de la salud; y considerar permitir que sean analizados con fines de trabajo estadístico y de investigación.

“En el Perú los registros de Enfermería contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente y forman parte de la documentación de la historia clínica, sin embargo, existe una diversidad de registros, que cada institución ha ido adecuándolos a su realidad”. Es efecto cada especialidad realiza su rayado del registro en la medida de sus necesidades de información, ubicando cada ítem de acuerdo a un ordenamiento prioritario de información. (Gutierrez, Esquen, y Gomez, 2012).

Se han propuesto determinadas normas a tener en cuenta para un correcto llenado de los registros de enfermería, estos son:

- “1. Debe ser objetiva.
2. No usar bueno, adecuado regular o malo.
3. Debe ser subjetivo.
4. Debe ser fiable.
5. No utilizar abreviaturas o símbolos.
6. Usar ortografía correcta.

7. Debe incluir observaciones de otros Profesionales.
8. Debe ser firmado y sellado al final de cada turno.
9. Debe ser concisa.
10. Debe ser actualizado.
11. Debe estar bien ordenado.
12. Debe ser confidencial.
13. No usar borrador.
14. Debe de escribirse con azul turno de día y con rojo de turno noche.
15. No dejar espacio entre un registro y otro.” (Hernández, s.f.).

Definición de informe

Corresponde a un texto redactado en forma de prosa con el objeto de dar cuenta sobre hechos o actividades objetivas a determinado interesado lector o lectores. Contiene información obtenida de una investigación o estudio sobre un hecho en particular; debido a esto, su fin es meramente informativo” (Veronicazib, 2012).

Informe estadístico

Es un documento que contiene información referente a la recogida de datos obtenidos en un estudio determinado que intenta discriminar o descomponer en sus partes cuantitativas un todo, relacionando entre si cada una de esas partes, en la manera más conveniente, a fin de analizarlos e interpretarlos y de obtener conclusiones y recomendaciones.

Estructura de informe estadístico

Según Carrá (s.f). El cuerpo del informe contiene:

1. Título

Explica el porqué del estudio y describe la naturaleza, el objetivo y el alcance del problema.

2. Métodos

Describe como se llega a los resultados y especifica origen, herramientas y diseño.

3. Resultados

Da cuenta de lo que se ha encontrado, presentando gráficos y tablas si son necesarias, realiza análisis estadístico, en tanto los cálculos se presentan con estricto rigor para validar la prueba estadística.

4. Análisis

Interpreta los hallazgos del estudio y realiza las recomendaciones que surjan.

5. Conclusiones

Parte de este paso final se utiliza en el resumen que antecede al informe, pero aquí el investigador explica las conclusiones.”

Características a tener en cuenta para elaborar un informe estadístico

1. Determinar y fijar correctamente el objetivo del informe.
2. Recoger en campo información estadística y tabularla eficientemente.
3. Elegir los datos relevantes.
4. Estructurar los datos a consignar en la introducción, el cuerpo y la conclusión (se elaboran cuadros de distribución de frecuencias y bidimensionales, gráficos, mapas, etc.).
5. Escoger las definiciones y el vocabulario correspondiente y pertinente.
6. Redactar borradores a ser revisados por el asesor y así los pueda corregir.
7. Redactar el documento final de acuerdo a las consideraciones y formalidades preestablecidas.

Capacitación en salud

Estrategia para elevar la calidad del modelo de atención y gestión de la salud, teniendo como base fundacional los problemas de salud de la gente y las dificultades que tienen los servicios de salud, para responder las demandas en salud del pueblo. (Martinicorena, 2006, p. 41)

Atención médica

Es la prestación integral de servicios de salud a las personas, e incluye acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación realizadas tanto por el médico, como por otro personal de salud (enfermeras, obstetras, odontólogos, terapistas, auxiliares sanitarios, etc) independientemente del lugar en que dichas acciones se efectúen (domicilio, escuelas, centros laborales, centros de salud, hospitales y otros establecimientos). (MINSA, 1985, p.4).

1.4 Formulación del Problema

En el Hospital Referencial de Ferreñafe hay un serio malestar por parte del Área de Estadística en cuanto tienen graves dificultades para elaborar sus informes correspondientes, especialmente referidos a la atención médica diaria de los pacientes, ocurrencias que quedan plasmadas en los registros de hospitalización, y por ende implica un retraso en la evaluación de la atención y la utilización de reglas de corrección; este problema repercute en la comunidad en la medida que no se adoptan las decisiones oportunas para mejorar el servicio.

Siendo así, se plantea la siguiente cuestión: ¿De qué manera influirá un proceso de desarrollo de capacidades en el registro de las atenciones médicas del servicio de Hospitalización dirigido al profesional y técnico de enfermería, en la elaboración de los informes estadísticos del Hospital Referencial de Ferreñafe?

El ámbito de esta investigación se circunscribió al Hospital Referencial de Ferreñafe, dependencia de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, contando con la participación fundamentalmente del personal profesional y técnico de enfermería, así como del personal médico y personal administrativo.

1.5. Justificación e Importancia del estudio.

1.5.1 Justificación

Científica: La presente investigación es relevante para los responsables de la gestión, porque constituye un estudio de tipo explicativo que descubrirá la problemática, determinando las causas y planteando recomendaciones que le permitirán optimizar el nivel

de proceso de la información estadística, asimismo será conveniente para la alta dirección del hospital para la toma de decisiones referente a estrategias de salud. Ya que como explica Ospino (2004) “Mediante este tipo de investigación se establecen las causas o los orígenes del fenómeno físico o social objeto del estudio. Si el estudio exploratorio intenta definir el campo del conocimiento y el descriptivo se estructura de tal manera que responda preguntas de mucho más contenido, el explicativo revela las causas de la expresión indagada; esto da al conocimiento actual un nuevo enfoque...”

El registro del servicio de Hospitalización engloba un conjunto de datos sobre el avance del paciente y es un punto de referencia para el equipo de salud, por lo tanto, genera gran responsabilidad de índole profesional y legal, por lo que se deben realizar con el mayor rigor científico.

Técnica: Este estudio se centra en los registros de hospitalización que son la herramienta de trabajo del personal de enfermería y de obstetricia en su trabajo asistencial del cuidado del paciente, lo cual permite verificar la evolución de su enfermedad para después tomar las medidas necesarias que nos lleven a la recuperación de este. Estos registros que se llevan a través de cuadernos o libros, constituyen la principal fuente de información para actualizar el sistema de cómputo SEEM procesando dicha información contenida en los registros que servirá para imprimir los reportes estadísticos logrando procesar y discriminar la frecuencia de las atenciones mensuales permitiendo interpretar de la mejor manera los datos, haciéndolos más verosímiles y productivos.

Metodológica: Siendo que a este estudio le interesa medir su variable dependiente, se obtendrá validez al poderse demostrar cuantitativamente que el proceso de capacitación, como método para afianzar los conocimientos, a que se someterá a los trabajadores seleccionados logrará mejorar el nivel de redacción de los libros de hospitalización y por ende se obtendrá mayor consistencia en la información procesada por la oficina de estadística.

Social: La presente investigación permitirá sugerir a la alta dirección del hospital a la mejor toma de decisiones respecto a los documentos de registro con referencia al cuidado del paciente del servicio de Hospitalización a través de los diversos formatos

desarrollados e implementados por la profesional de enfermería y de obstetricia según sea el caso, con el objeto de que la atención al paciente sea segura, humana, continua y oportuna. Mejorando así las prestaciones de salud en beneficio de la población de Ferreñafe que cuenta con 6 distritos y sus anexos.

1.5.2. Importancia

La estadística ha resultado ser una herramienta efectiva para la descripción de los valores de información económica, política, social, psicológica, biológica o física, contribuyendo como medio para relacionar y comparar estos mismos datos.

Desde hace más de 50 años, nuestro país conduce registros hospitalarios con datos fundamentales como: ingresos y egresos de pacientes, estancias, censo de camas de hospitalización, diagnósticos, etc

Una de las variables que se obtienen a través de estos reportes estadísticos son los indicadores en salud, que procuran medir de manera cuantitativa o cualitativa, hechos colectivos para lograr respaldar las políticas de gobierno, evaluar logros y conseguir metas. La OMS ha definido a los indicadores de salud como “variables que sirven para medir los cambios”. Ellos son una necesidad para poder analizar una circunstancia determinada en tanto poder evaluar el comportamiento temporal a través de su comparación con otras circunstancias que recurren a la misma forma de observar la realidad.

1.6. Hipótesis

La implementación de un proceso de capacitación en el registro de las atenciones médicas del servicio de hospitalización, permitirá mejorar la elaboración de los informes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Desarrollar las Capacidades del personal asistencial en el correcto llenado de los registros de atención médica del servicio de hospitalización, para mejorar el proceso de la

información y la emisión de los informes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.7.2. Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el estado actual del llenado de los registros de atención médica del servicio de hospitalización del Hospital Referencial de Ferreñafe.
2. Identificar los factores limitantes para una oportuna y eficiente elaboración de los informes estadísticos.
3. Diseñar un taller de capacitación en el registro de las atenciones médicas del servicio de hospitalización que permitirá corregir errores de omisión de datos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

II. MATERIAL Y METODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

2.1.1. Tipo de investigación:

Por el enfoque es de tipo **cuantitativa** porque utilizo la recolección de datos a fin de que puedan ser procesados a través de instrumentos del campo de la estadística, informática y matemáticas para obtener resultados.

Por el nivel de alcance es de tipo **explicativa** ya que como explica Ospino (2004) en este tipo de investigaciones se determinan las causas o los orígenes del fenómeno físico o social materia de estudio. Por otro lado, busca explicar la forma en que la variable independiente influye en la variable dependiente.

Así, esta investigación se centrará en buscar las causas de deficiencias en el registro de atención médica que dificultan la elaboración de los informes estadísticos. Para poder señalar puntualmente los aspectos en los cuales se debe incidir en el proceso de desarrollo de capacidades de nuestro proyecto.

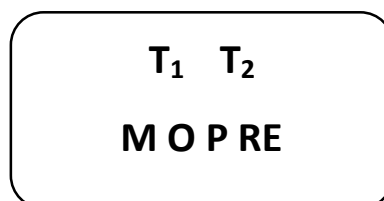
2.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación será de tipo no experimental-propositivo.

No experimental: Porque me oriento fundamentalmente en la observación del fenómeno tal y como se da en su contexto natural para analizarlo con posterioridad.

Propositiva: Porque tal como se indica enuncio alternativa o propuesta de solución al problema materia de esta investigación.

Su esquema es:



Donde:

M: Muestra que se observa

O: Observación a desarrollar en la muestra

P: Propuesta

T1: Tiempo de medición inicial con información actual.

T2: Tiempo de proyección por el período que durará la implantación de la propuesta de solución P.

RE: Son los “resultados estimados” o que se proyecta se generarán a la implementación de la propuesta de solución P.

2.2. Población y Muestra

2.2.1. Población

La población está constituida por 40 profesionales de la salud que realizan labores de registro en las especialidades de: Cirugía General, Ginecología, Pediatría, Obstetricia y Medicina General.

2.2.2. Muestra

Se auditarán un conjunto de 138 registros que pertenecen a los 138 pacientes hospitalizados en las especialidades de Cirugía General, Ginecología, Pediatría, Obstetricia y Medicina General, de un mes en particular.

Siendo la población pequeña se trabajará con todo el universo por lo tanto la muestra estará constituida por 40 profesionales entre enfermeras, obstetras y personal técnico.

Criterios de inclusión

Registro de las especialidades de Cirugía General, Ginecología, Pediatría, Obstetricia y Medicina General.

Criterios de exclusión

Registro de Recién Nacidos pues no se considera un egreso hospitalario.

Personal asistencial que este de vacaciones.

2.3. Variables, Operacionalización.

a. Variable Independiente

Desarrollo de Capacidades en el registro de las atenciones médicas del servicio de hospitalización

El desarrollo de capacidades es el procedimiento en la cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, refuerzan o sostienen las capacidades para definir y alcanzar sus metas de desarrollo a lo largo del tiempo. (UNDP. 2009).

Esta variable de ponerse en práctica dará solución a la variable dependiente. Es conocido que se cometen muchos errores a la hora del llenado de los registros de hospitalización, por eso es de vital importancia una capacitación al personal asistencial que se encarga de dicho registro.

b. Variable Dependiente

La elaboración de los informes estadísticos.

La información de los reportes de estadística debe reflejar con exactitud la realidad de un hecho específico, para que esto suceda la fuente de información debe ser fidedigna, ajustándose a los hechos que acontecen en las atenciones médicas en el servicio de hospitalización.

Operacionalización:

Independiente: Desarrollo de capacidades en el registro de las atenciones médicas del servicio de hospitalización.

Tabla 2 Operacionalización de variables: Variable Independiente

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR
	CONCEPTUAL		
		Proceso por el	
	cual los		
	profesionales y	Modelo	de Modelo
	técnicos de	desarrollo	de capacitación
	enfermería	capacidades	actualización.
Independiente:	obtienen,		
Desarrollo de	fortalecen y		1. Detección de
Capacidades en el	mantienen las		necesidades
registro de las	competencias		2. Clasificación y
atenciones médicas	necesarias para		jerarquización de
del servicio de	poder realizar		las necesidades de
hospitalización	de manera		capacitación
	eficiente la		3. Definición de
	redacción del		objetivos
	registro de las	Pasos	4. Elaboración del
	atenciones		programa
	médicas del		5. Ejecución
	servicio de		6. Evaluación de
	hospitalización.		resultados
			1 Continuos.

Características

2. Sin tachaduras, enmiendas, ni omisión de datos.

3. Línea de corrección.

4. Tipo de Libros

1. Objetiva.

2. No usar bueno, adecuado regular o malo.

3. Subjetivo.

4. Fiable.

5. No abreviaturas o símbolos.

Normas

6. Ortografía correcta.

7. Incluir observaciones de otros Profesionales.

8. Firmado y sellado al final de cada turno.

9. Debe ser concisa.

10. Ser actualizado.

11. Estar bien ordenado.

12. Debe ser confidencial.

-
- 13. No usar borrador.
 - 14. No dejar espacio entre un registro y otro.
-

Elaboración: El autor

Dependiente: Elaboración de los informes estadísticos.

Tabla 3 Operacionalización de variables: Variable Dependiente

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	PREGUNTA	CATEGORIA	ITEM
Dependiente : Elaboración de los informes estadísticos.	Es un informe que se refiere a la recolección, estudio e interpretación de datos obtenidos de un registro de enfermería del servicio de hospitalización , a fin de analizarlos e interpretarlos y	Estructura del cuerpo	- Titulo	¿Cómo está redactad o?	Medio nivel	1
	- Métodos		¿Cuáles y como se han utilizado ?	Bajo nivel de confiabili dad	2	
	- Resultados		¿Cuáles se han confiable	Poco confiable	3	

de obtener	obtenido		
conclusiones y	?		
recomendacion			
es que luego			
serán volcadas	¿Cómo	Poco	
a un	- Análisis	se ha fiable	4
documento		desarroll	
dentro de		ado?	
determinados	- Conclusión	¿Cuáles	Poca
parámetros y		son?	frecuencia 5
estructura			
formal.			

Elaboración: El autor

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Metodología

1. Empíricos

Método de la observación directa

Se considera a aquel que percibe en forma directa el objeto de investigación.

No participa en el comportamiento del objeto de investigación.

Describe de forma detallada su comportamiento.

2. Lógicos

Método Hipotético Deductivo

Se plantea la hipótesis a partir de métodos inductivos. Se llega a inferir en la comprobación de la hipótesis a través del método deductivo.

Posteriormente, los resultados podrán ser contrastados por métodos empíricos.

2.4.2. Técnicas de recolección de datos

Tabla 4 Técnicas de Recolección de datos

Técnica	Uso	Instrumento
Entrevista	Médicos y personal directivo	Cuestionario
Revisión documentaria	Archivos de fichas de registro. Documentos de gestión	Hoja de cotejo
Encuesta	Enfermeras, Obstetras y personal técnico.	Ficha de encuesta

Elaboración: El autor

2.4.3. Instrumentos de recolección de datos

Para la entrevista previo cuestionario se entrevistó a cierto personal médico directivo previamente seleccionado, registrando la entrevista en una grabadora.

Para la revisión documentaria, se solicitó el permiso correspondiente y se revisó los archivos oficiales.

Para la encuesta se utilizó la ficha de encuesta previamente elaborada y de acuerdo a nuestra muestra se procedió a aplicar a las enfermeras, obstetras y personal técnico.

Se inició la investigación con un trabajo de observación del contexto del Hospital Referencial de Ferreñafe, donde se levantaría el proyecto y luego se obtuvo algunas fichas de registro de atención médica diaria del servicio de hospitalización, enseguida nos dirigimos al Área de Estadística donde dialogamos con algunos de los trabajadores y juntando toda aquella información logramos corroborar la existencia de un problema entre la información

contenida en los registros de atención médica y su procesamiento para la elaboración de los informes estadísticos respectivos.

Cumplida esta fase buscamos información bibliográfica en bibliotecas e internet que nos pudiera confirmar la viabilidad del proyecto para enseguida proceder a la elaboración del mismo.

En la etapa de ejecución, se aplicó las encuestas de tipo cerrada a la muestra y procedimos a entrevistarnos con un mejor criterio sobre el problema, con personal asistencial y personal del Área de Estadística. Cumplido esto se procesó la información para su análisis e interpretación, apoyado en cuadros estadísticos y gráficos y a ampliar teóricamente ciertos aspectos antes no contemplados y a reforzar otros. Así se pudo obtener los resultados y elaborar este informe final.

2.5. Procedimiento de análisis de datos.

Se tabularon los datos y se elaboraron cuadros de distribución de frecuencia con sus respectivos gráficos ordenándolos numéricamente y en función de cada una de las preguntas de la ficha de encuesta.

Se debió auxiliarse de medios cibernéticos o electrónicos para lo cual se recurrió al uso de software mediante el aplicativo Ms Excel 2016 y el procesador de texto Ms Word 2016.

2.6. Aspectos éticos

Tabla 5 Criterios éticos de la investigación

Criterios	Características éticas del criterio
Medio ambiente	El proyecto contempla un componente de cuidado del medio ambiente en la medida que dentro del proceso de desarrollo de capacidades se introducirá una línea referida a esta temática relacionada a la salud.

Confidencialidad	Está garantizada la reserva de identidades y datos personales especialmente de los pacientes y personal médico y de enfermería, así como información confidencial de la institución e informantes.
Objetividad	Para realizar el análisis de la problemática hallada utilizaré herramientas exclusivamente técnicas y científicas para el conocimiento de la realidad concreta.
Originalidad	Especial cuidado para referenciar las fuentes bibliográficas de donde se ha obtenido la información presentada, para evitar totalmente el plagio intelectual.
Veracidad	Presentaré información de alta veracidad y manteniendo mucho cuidado en la que reviste confidencialidad.
Derechos laborales	La propuesta de solución que elaboraré procurará guardar amplio respeto a todos los derechos del personal del hospital en estudio y de los mismos pacientes e informantes.
Criterios	Mis criterios se fundamentan esencialmente en una base teórico científica.

Elaboración: El autor

2.7. Criterios de rigor científico

Mis criterios se fundamentan esencialmente en una base teórica científica.

Tabla 6 Criterios de rigor científico de la investigación

Criterio	Características científicas	Acciones o estrategias
Confiabilidad	Los cálculos estadísticos para medir el grado de confiabilidad serán técnicamente riguroso basado en las formulaciones estadísticas respectivas.	a) Aplicación estricta de las técnicas de análisis estadístico.

Credibilidad	<p>El rigor científico con respecto a la credibilidad importa la valoración de las situaciones en las que la investigación deba ser reconocida como creíble, por eso es esencial la búsqueda de argumentos confiables que sean susceptibles de demostración en los resultados de este estudio ejecutado.</p>	<p>a) Respeto por los hechos y situaciones generados en el contexto temporal y espacial de la investigación.</p> <p>b) Estimación valorativa de los datos y/o información derivada de los instrumentos Aplicados.</p>
---------------------	--	---

Validación	<p>Para que se reconozca la validación de los instrumentos de recolección de datos utilizados y la propuesta de solución que planteo, elevaré este proyecto al Juicio de Expertos.</p>	<p>a) Valoración por jueces de expertos del o los instrumento/s de investigación</p>
-------------------	--	--

Elaboración: El autor

CAPITULO III

RESULTADOS

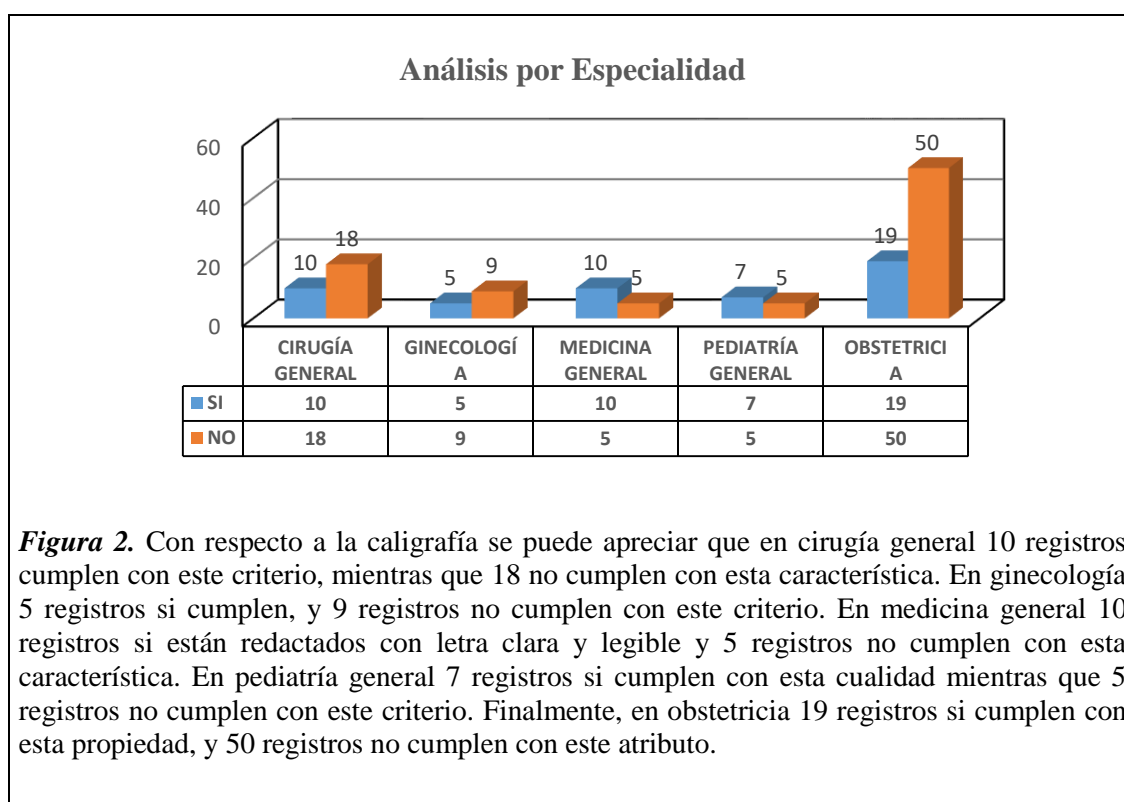
III. RESULTADOS

3.1. Tablas y Figuras.

Tabla 7 Los registros de hospitalización están redactados con letra clara y legible

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	10	18	36%	64%
GINECOLOGÍA	5	9	36%	64%
MEDICINA GENERAL	10	5	67%	33%
PEDIATRÍA GENERAL	7	5	58%	42%
OBSTETRICIA	19	50	28%	72%

Figura 2 Los registros de hospitalización están redactados con letra clara y legible

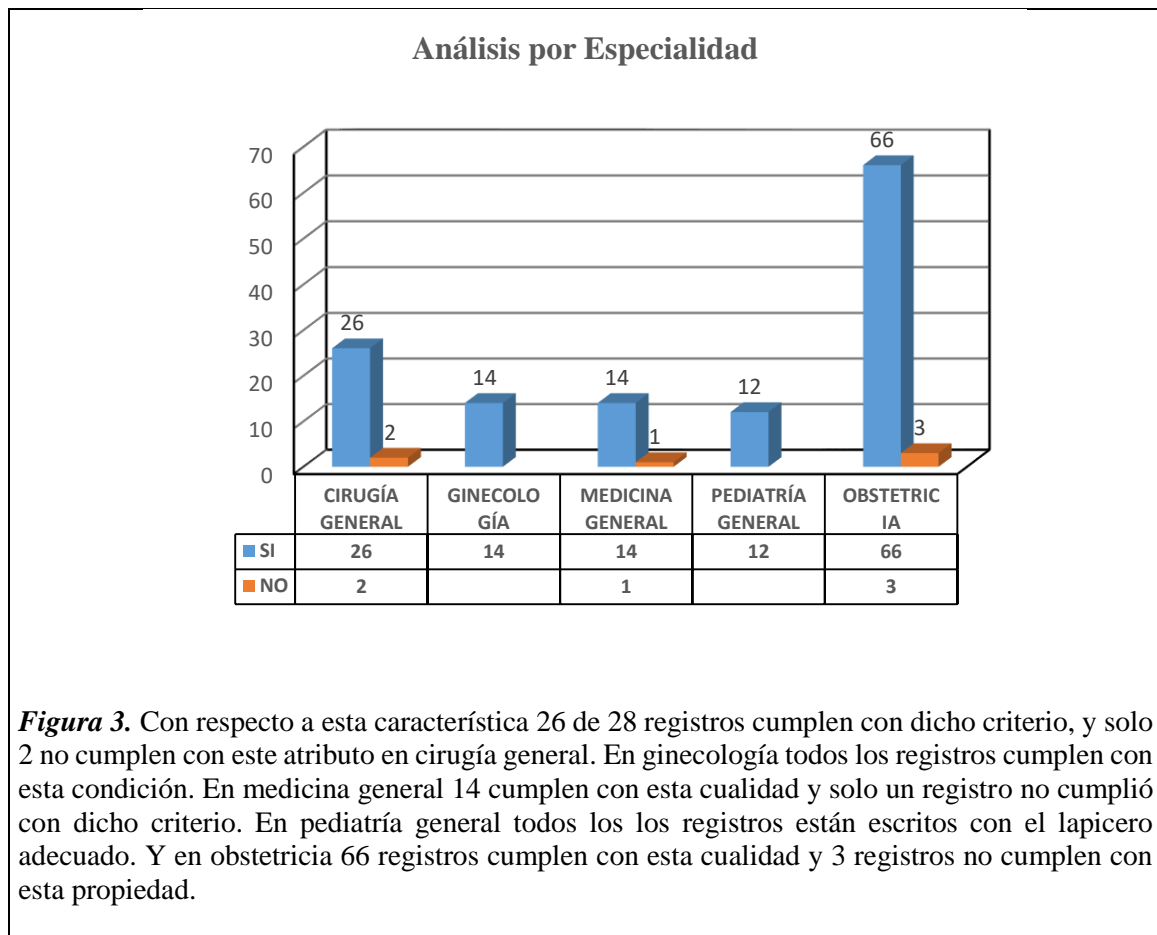


Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 8 Los registros de hospitalización están escritos con el color de lapicero normado.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	26	2	93%	7%
GINECOLOGÍA	14		100%	0%
MEDICINA GENERAL	14	1	93%	7%
PEDIATRÍA GENERAL	12		100%	0%
OBSTETRICIA	66	3	96%	4%

Figura 3 Los registros de hospitalización están escritos con el color de lapicero normado.



Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Es necesario indicar que para este criterio se omiten cualquiera de los dos datos (fecha u hora) o tal vez ambos.

Tabla 9 Escriben fecha y hora de ingreso en el registro de hospitalización

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	24	4	86%	14%
GINECOLOGÍA	12	2	86%	14%
MEDICINA GENERAL	12	3	80%	20%
PEDIATRÍA GENERAL	12		100%	0%
OBSTETRICIA	59	10	86%	14%

Figura 4 Escriben fecha y hora de ingreso en el registro de hospitalización

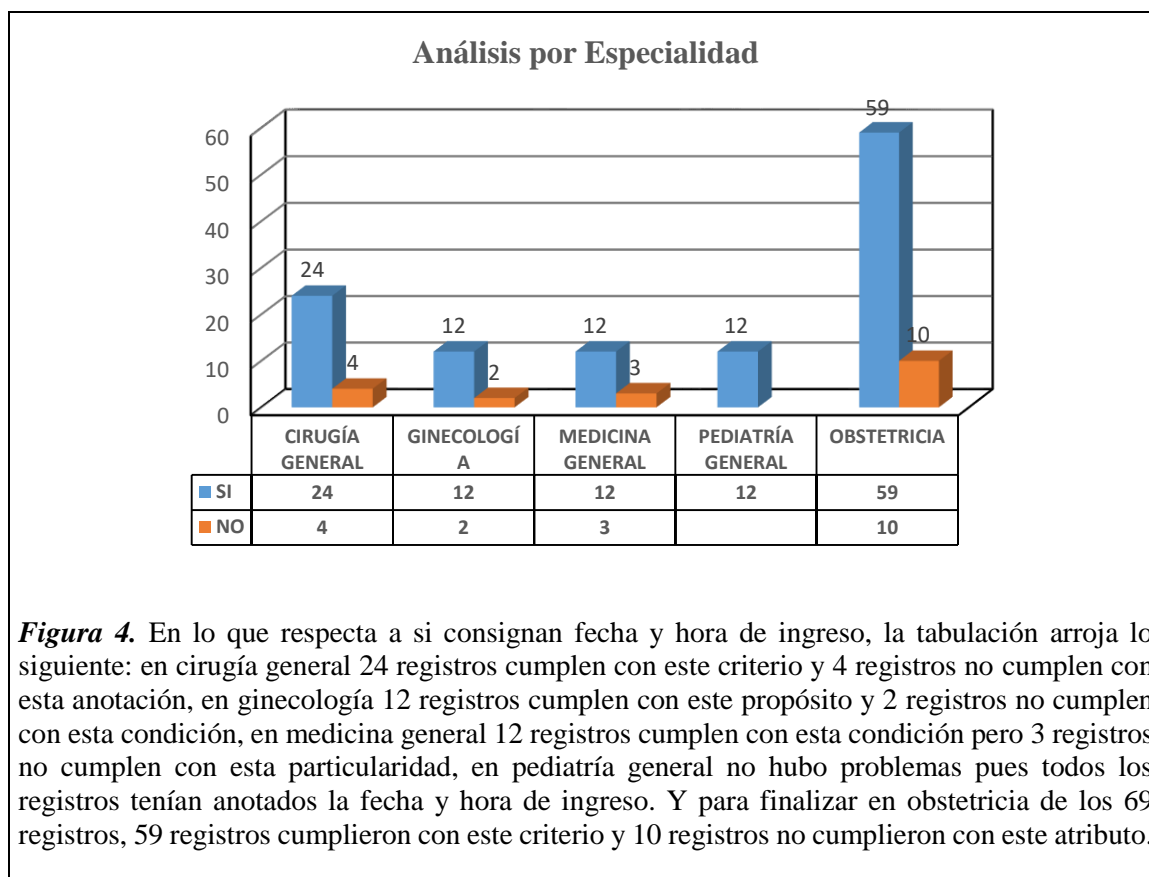


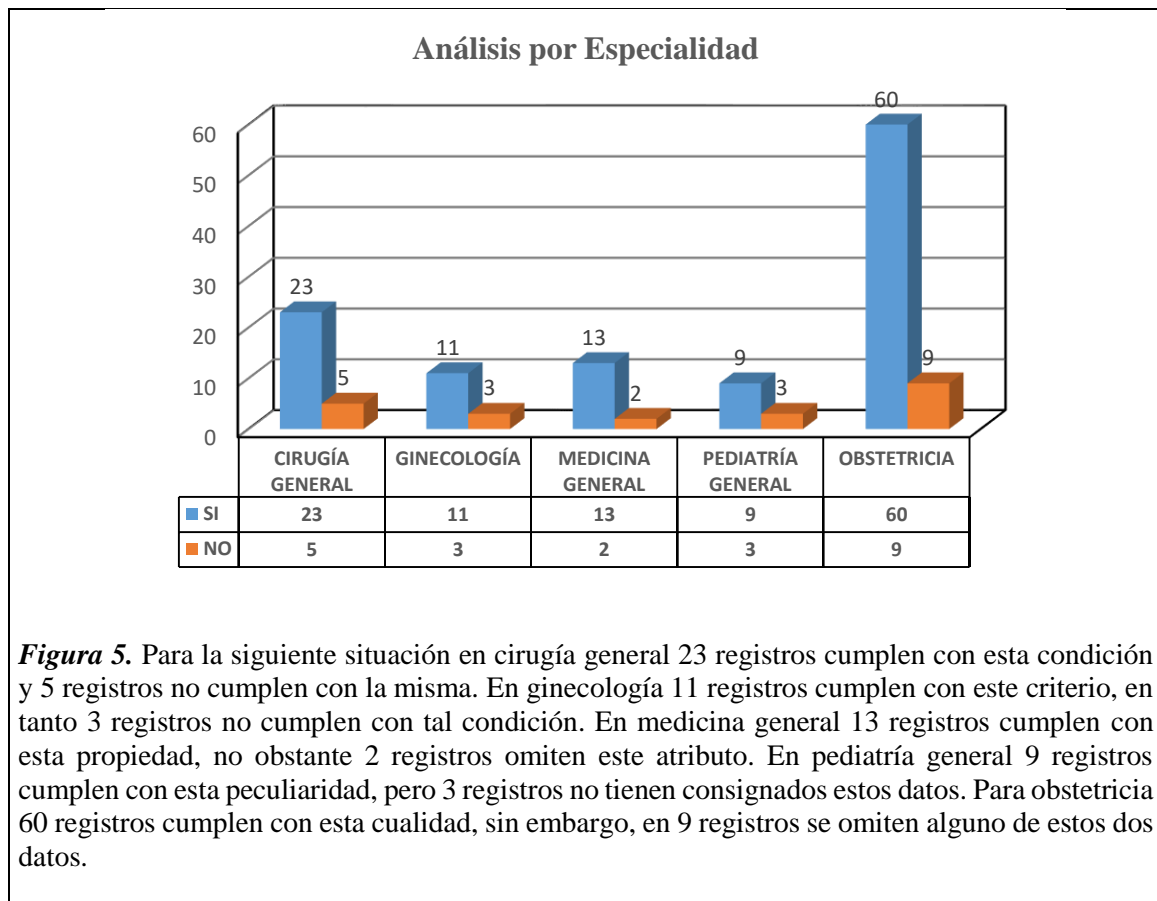
Figura 4. En lo que respecta a si consignan fecha y hora de ingreso, la tabulación arroja lo siguiente: en cirugía general 24 registros cumplen con este criterio y 4 registros no cumplen con esta anotación, en ginecología 12 registros cumplen con este propósito y 2 registros no cumplen con esta condición, en medicina general 12 registros cumplen con esta condición pero 3 registros no cumplen con esta particularidad, en pediatría general no hubo problemas pues todos los registros tenían anotados la fecha y hora de ingreso. Y para finalizar en obstetricia de los 69 registros, 59 registros cumplieron con este criterio y 10 registros no cumplieron con este atributo.

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 10 Consignan el número de Historia Clínica y número de DNI

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	23	5	82%	18%
GINECOLOGÍA	11	3	79%	21%
MEDICINA GENERAL	13	2	87%	13%
PEDIATRÍA GENERAL	9	3	75%	25%
OBSTETRICIA	60	9	87%	13%

Figura 5 Consignan el número de Historia Clínica y número de DNI



Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 11 Escriben el nombre completo del paciente.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	26	2	93%	7%
GINECOLOGÍA	13	1	93%	7%
MEDICINA GENERAL	15		100%	0%
PEDIATRÍA GENERAL	12		100%	0%
OBSTETRICIA	64	5	93%	7%

Figura 6 Escriben el nombre completo del paciente.

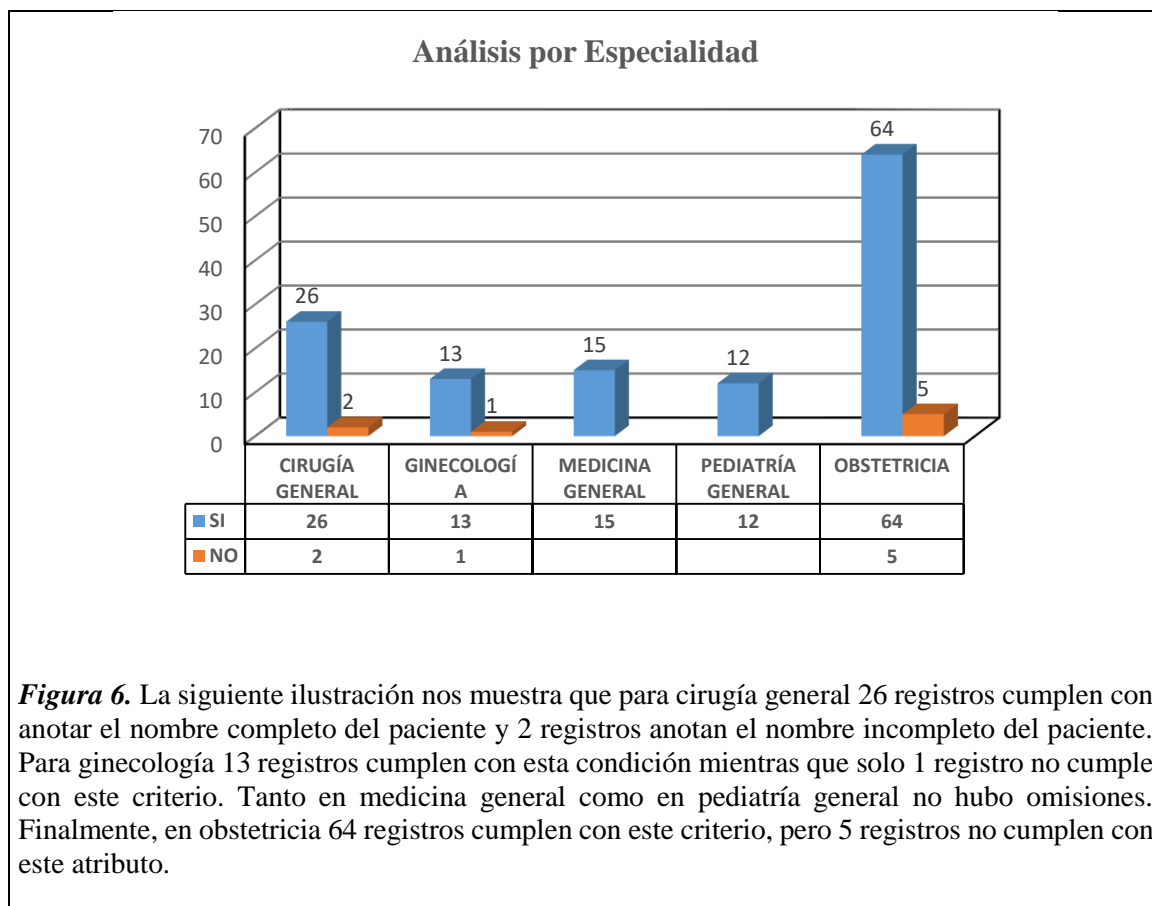


Figura 6. La siguiente ilustración nos muestra que para cirugía general 26 registros cumplen con anotar el nombre completo del paciente y 2 registros anotan el nombre incompleto del paciente. Para ginecología 13 registros cumplen con esta condición mientras que solo 1 registro no cumple con este criterio. Tanto en medicina general como en pediatría general no hubo omisiones. Finalmente, en obstetricia 64 registros cumplen con este criterio, pero 5 registros no cumplen con este atributo.

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 12 Escriben sexo y edad del paciente.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	24	4	86%	14%
GINECOLOGÍA	11	3	79%	21%
MEDICINA GENERAL	13	2	87%	13%
PEDIATRÍA GENERAL	11	1	92%	8%
OBSTETRICIA	54	15	78%	22%

Figura 7 Escriben sexo y edad del paciente.

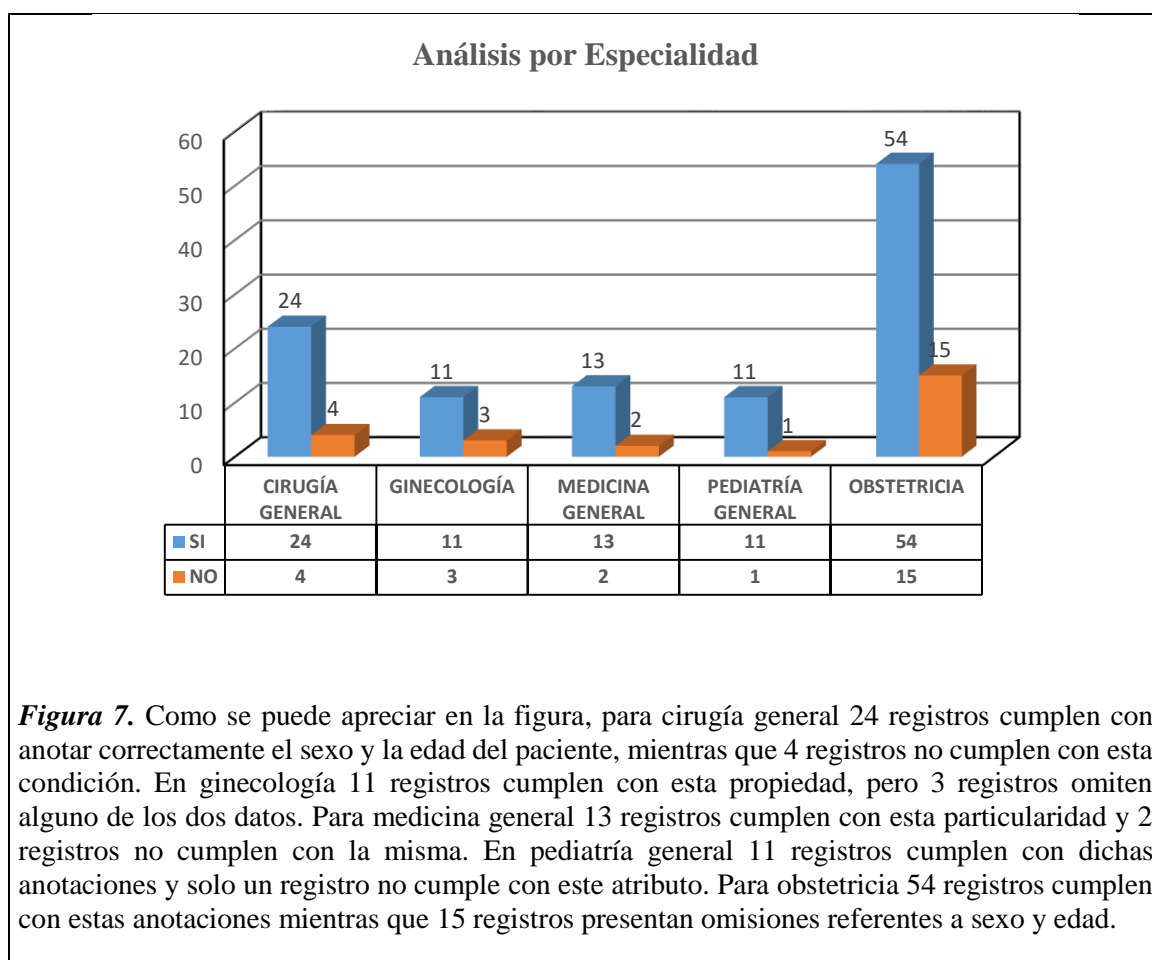


Figura 7. Como se puede apreciar en la figura, para cirugía general 24 registros cumplen con anotar correctamente el sexo y la edad del paciente, mientras que 4 registros no cumplen con esta condición. En ginecología 11 registros cumplen con esta propiedad, pero 3 registros omiten alguno de los dos datos. Para medicina general 13 registros cumplen con esta particularidad y 2 registros no cumplen con la misma. En pediatría general 11 registros cumplen con dichas anotaciones y solo un registro no cumple con este atributo. Para obstetricia 54 registros cumplen con estas anotaciones mientras que 15 registros presentan omisiones referentes a sexo y edad.

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 13 Escriben el domicilio y procedencia (distrito) del paciente.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	26	2	93%	7%
GINECOLOGÍA	13	1	93%	7%
MEDICINA GENERAL	15		100%	0%
PEDIATRÍA GENERAL	11	1	92%	8%
OBSTETRICIA	65	4	94%	6%

Figura 8 Escriben el domicilio y procedencia (distrito) del paciente.

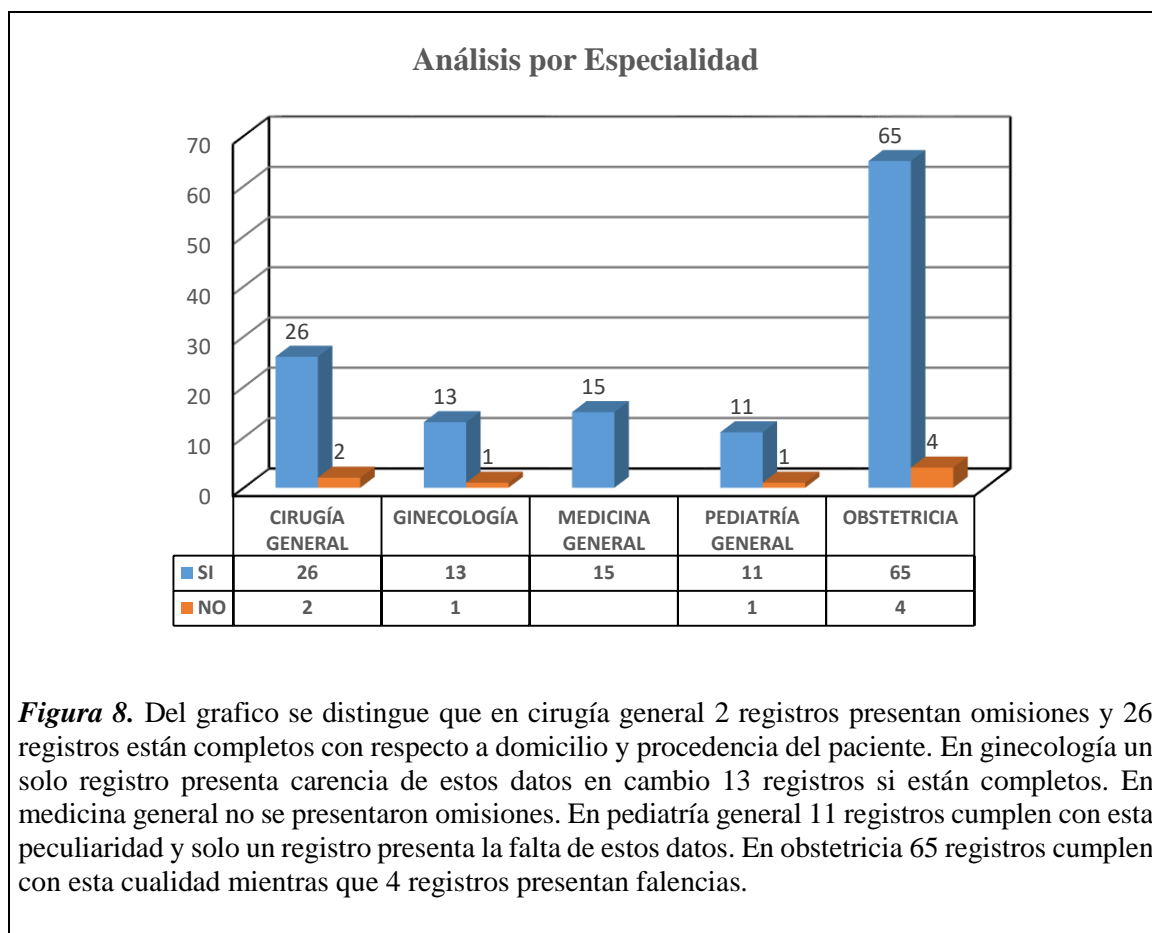


Figura 8. Del grafico se distingue que en cirugía general 2 registros presentan omisiones y 26 registros están completos con respecto a domicilio y procedencia del paciente. En ginecología un solo registro presenta carencia de estos datos en cambio 13 registros si están completos. En medicina general no se presentaron omisiones. En pediatría general 11 registros cumplen con esta peculiaridad y solo un registro presenta la falta de estos datos. En obstetricia 65 registros cumplen con esta cualidad mientras que 4 registros presentan falencias.

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 14 Consignan de manera textual el diagnóstico que corresponde a la enfermedad que padece del paciente.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	27	1	96%	4%
GINECOLOGÍA	14		100%	0%
MEDICINA GENERAL	15		100%	0%
PEDIATRÍA GENERAL	12		100%	0%
OBSTETRICIA	59	10	86%	14%

Figura 9 Consignan de manera textual el diagnóstico que corresponde a la enfermedad que padece del paciente

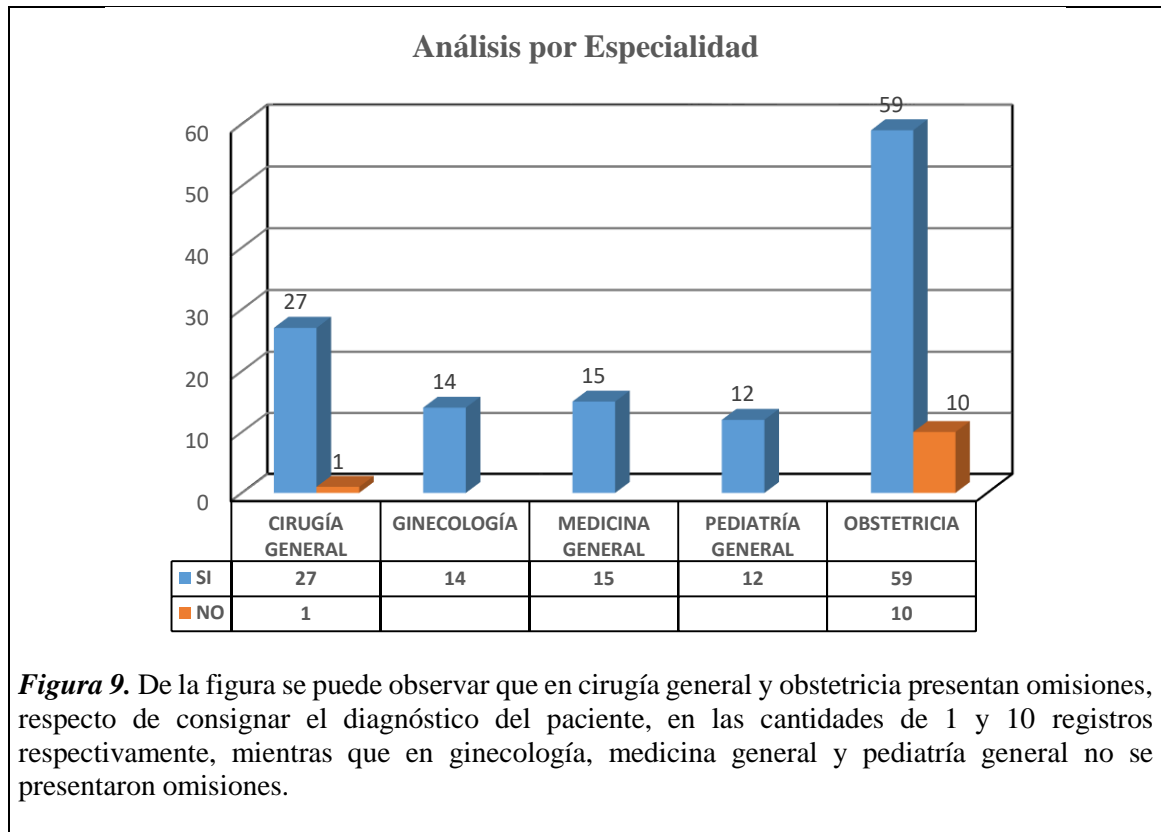


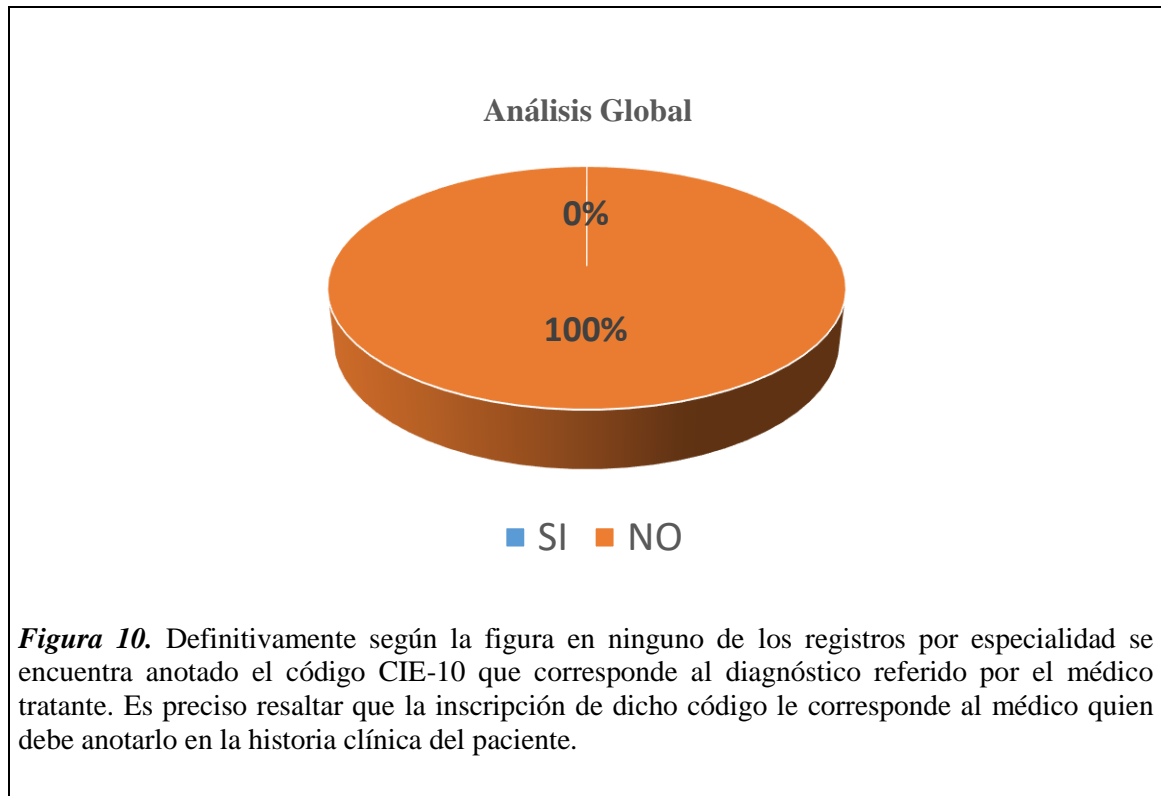
Figura 9. De la figura se puede observar que en cirugía general y obstetricia presentan omisiones, respecto de consignar el diagnóstico del paciente, en las cantidades de 1 y 10 registros respectivamente, mientras que en ginecología, medicina general y pediatría general no se presentaron omisiones.

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 15 Escriben el código CIE-10 que corresponde al diagnóstico del paciente.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL		28	0%	100%
GINECOLOGÍA		14	0%	100%
MEDICINA GENERAL		15	0%	100%
PEDIATRÍA GENERAL		12	0%	100%
OBSTETRICIA		69	0%	100%

Figura 10 Escriben el código CIE-10 que corresponde al diagnóstico del paciente



Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 16 Consignan el nombre del profesional responsable que da el alta del paciente.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	25	3	89%	11%
GINECOLOGÍA	12	2	86%	14%
MEDICINA GENERAL	12	3	80%	20%
PEDIATRÍA GENERAL	10	2	83%	17%
OBSTETRICIA	49	20	71%	29%

Figura 11 Consignan el nombre del profesional responsable que da el alta del paciente

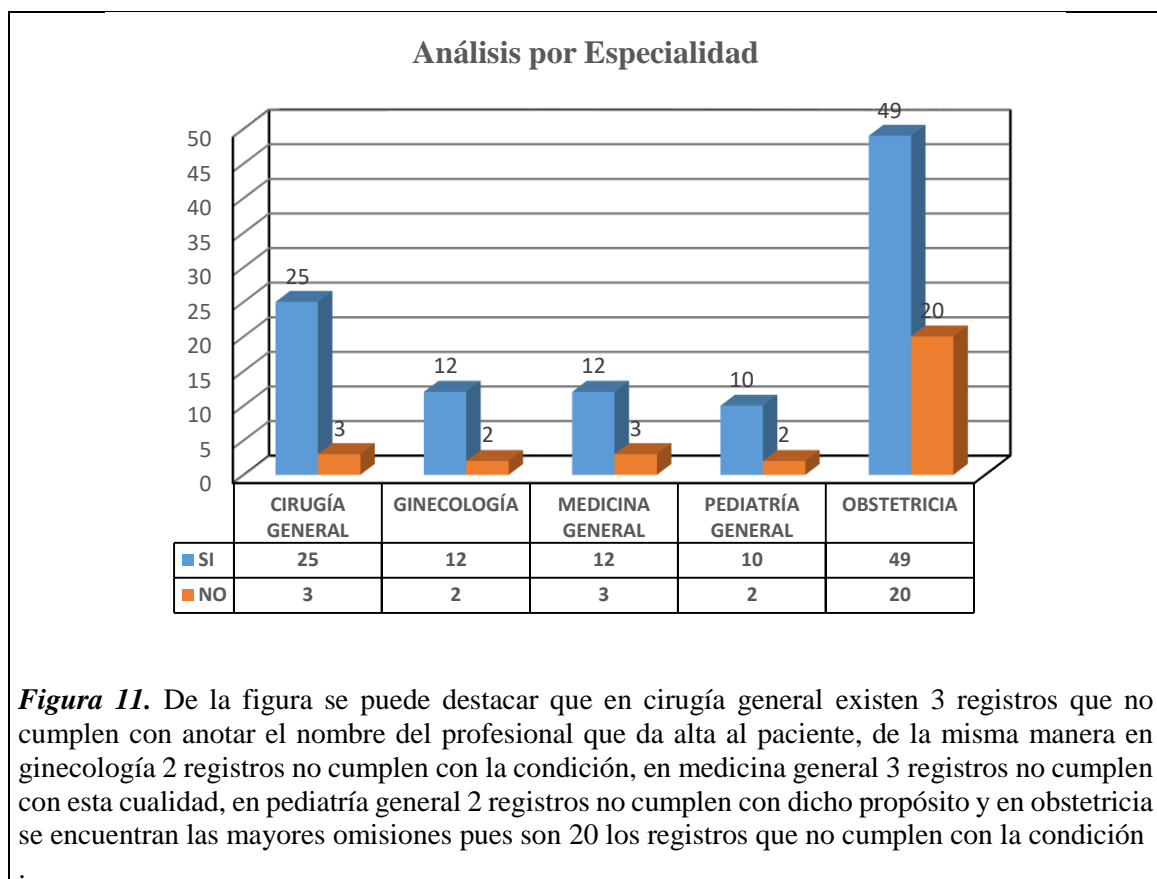


Figura 11. De la figura se puede destacar que en cirugía general existen 3 registros que no cumplen con anotar el nombre del profesional que da alta al paciente, de la misma manera en ginecología 2 registros no cumplen con la condición, en medicina general 3 registros no cumplen con esta cualidad, en pediatría general 2 registros no cumplen con dicho propósito y en obstetricia se encuentran las mayores omisiones pues son 20 los registros que no cumplen con la condición .

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 17 Escriben fecha y hora de egreso.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	23	5	82%	18%
GINECOLOGÍA	11	3	79%	21%
MEDICINA GENERAL	13	2	87%	13%
PEDIATRÍA GENERAL	11	1	92%	8%
OBSTETRICIA	57	12	83%	17%

Figura 12 Escriben fecha y hora de egreso

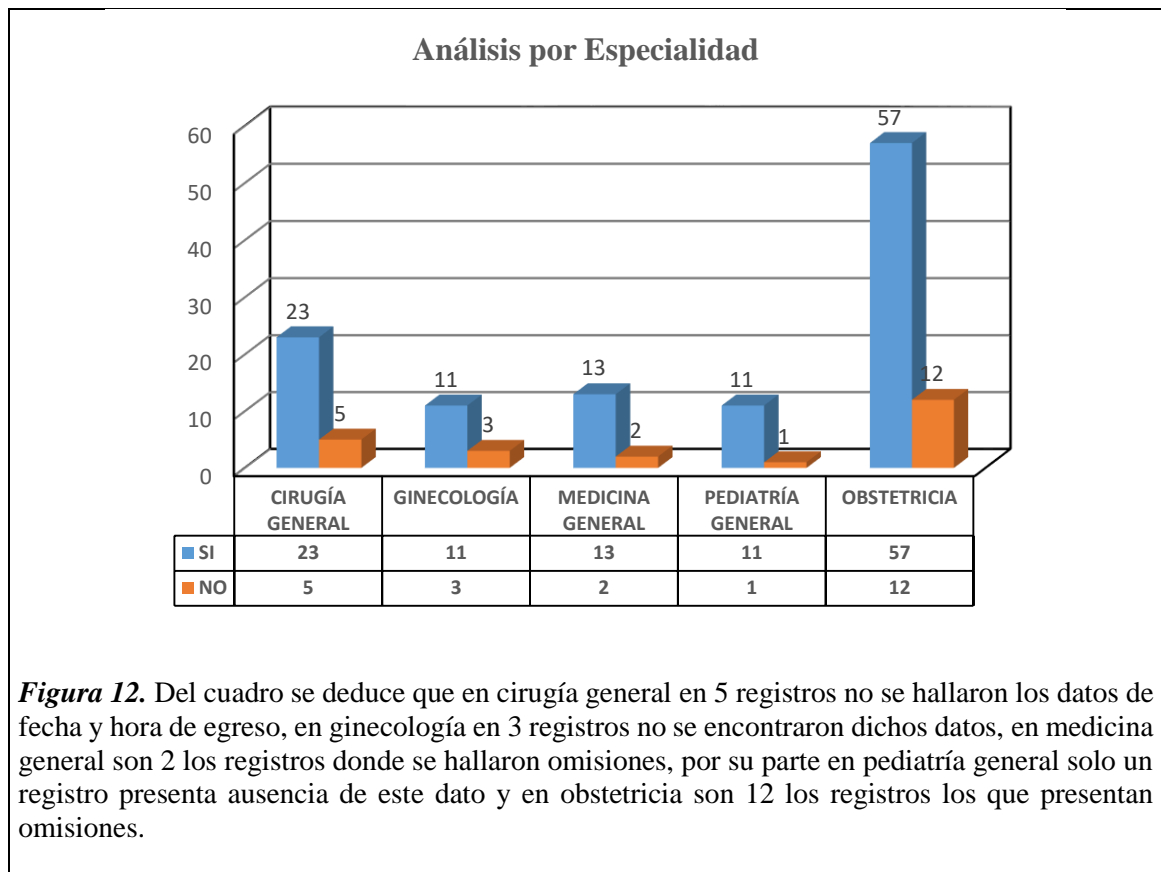


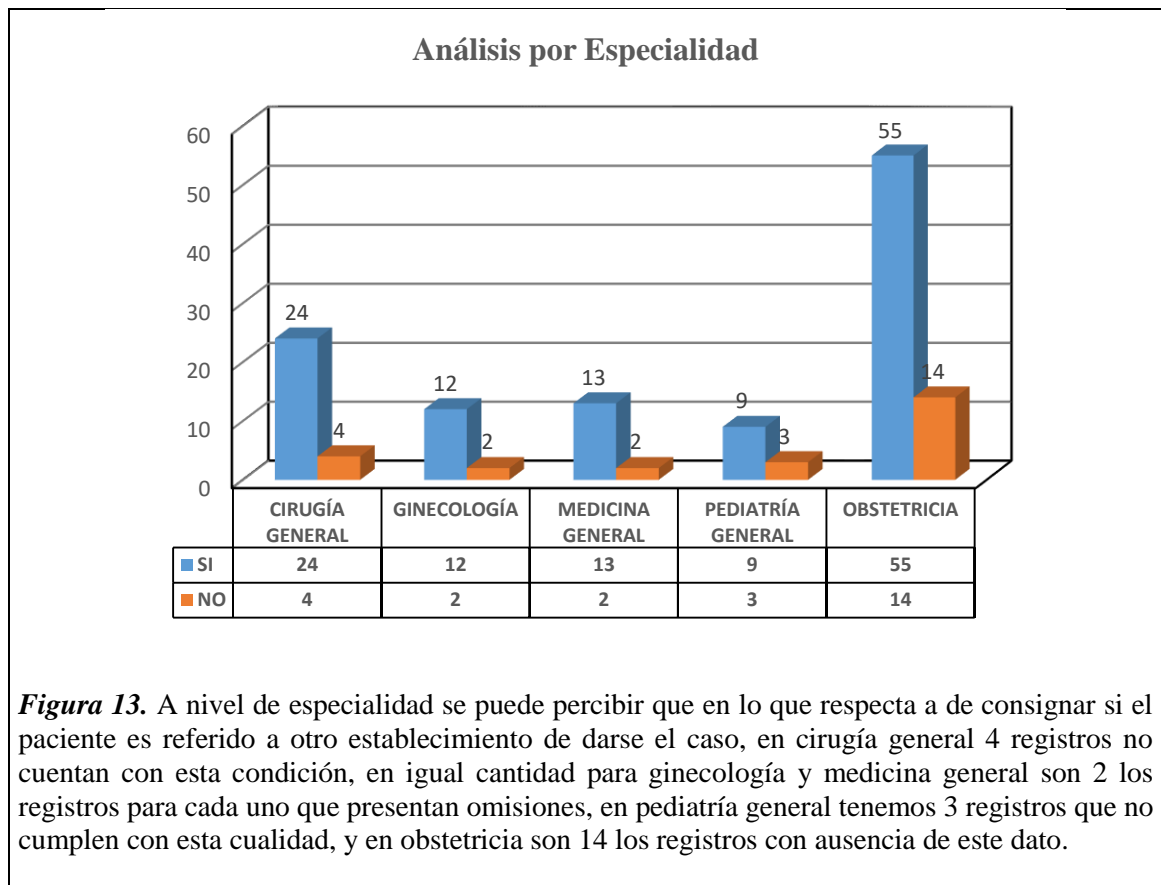
Figura 12. Del cuadro se deduce que en cirugía general en 5 registros no se hallaron los datos de fecha y hora de egreso, en ginecología en 3 registros no se encontraron dichos datos, en medicina general son 2 los registros donde se hallaron omisiones, por su parte en pediatría general solo un registro presenta ausencia de este dato y en obstetricia son 12 los registros los que presentan omisiones.

Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

Tabla 18 En caso de que el paciente sea referido, lo anotan en el registro.

ESPECIALIDAD	INCIDENCIA		%	
	SI	NO	SI	NO
CIRUGÍA GENERAL	24	4	86%	14%
GINECOLOGÍA	12	2	86%	14%
MEDICINA GENERAL	13	2	87%	13%
PEDIATRÍA GENERAL	9	3	75%	25%
OBSTETRICIA	55	14	80%	20%

Figura 13 En caso de que el paciente sea referido, lo anotan en el registro



Fuente: Lista de cotejo aplicada en la revisión de 138 registros hospitalarios.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL QUE LABORA EN HOSPITALIZACION

Tabla 19 Criterios de redacción que debe tener un registro de hospitalización.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
a) Certeza	9	23%
b) Preciso	6	15%
c) Comprensible	4	10%
d) Definido	3	8%
f) Todas	18	45%
	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 14 Criterios de redacción que debe tener un registro de hospitalización

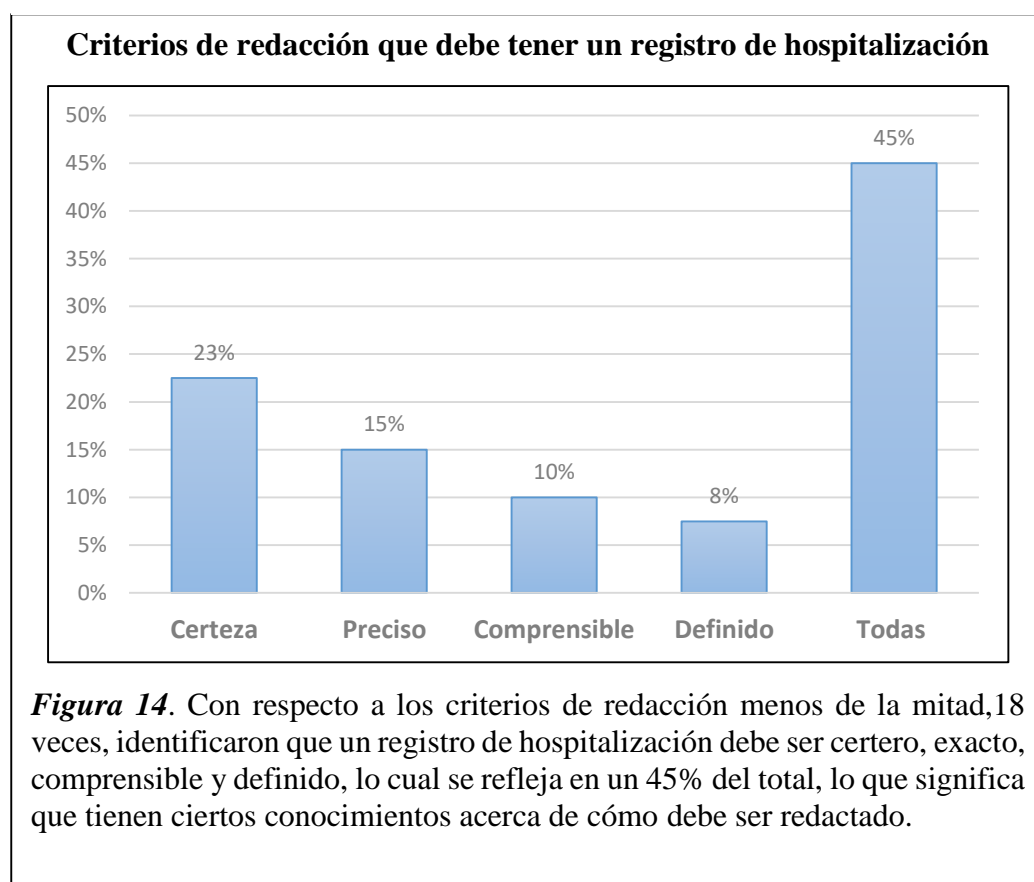


Tabla 20 Utilidad que se le da a los registros de hospitalización.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Para determinar cómo evoluciona el paciente	6	15%
B) Para constatar los cuidados del paciente	5	13%
C) Para hacerle seguimiento al paciente	5	13%
D) Como documento legal.		0%
E) Todas las anteriores	24	60%
F) Ninguna es correcta		0%
	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 15 Utilidad que se le da a los registros de hospitalización

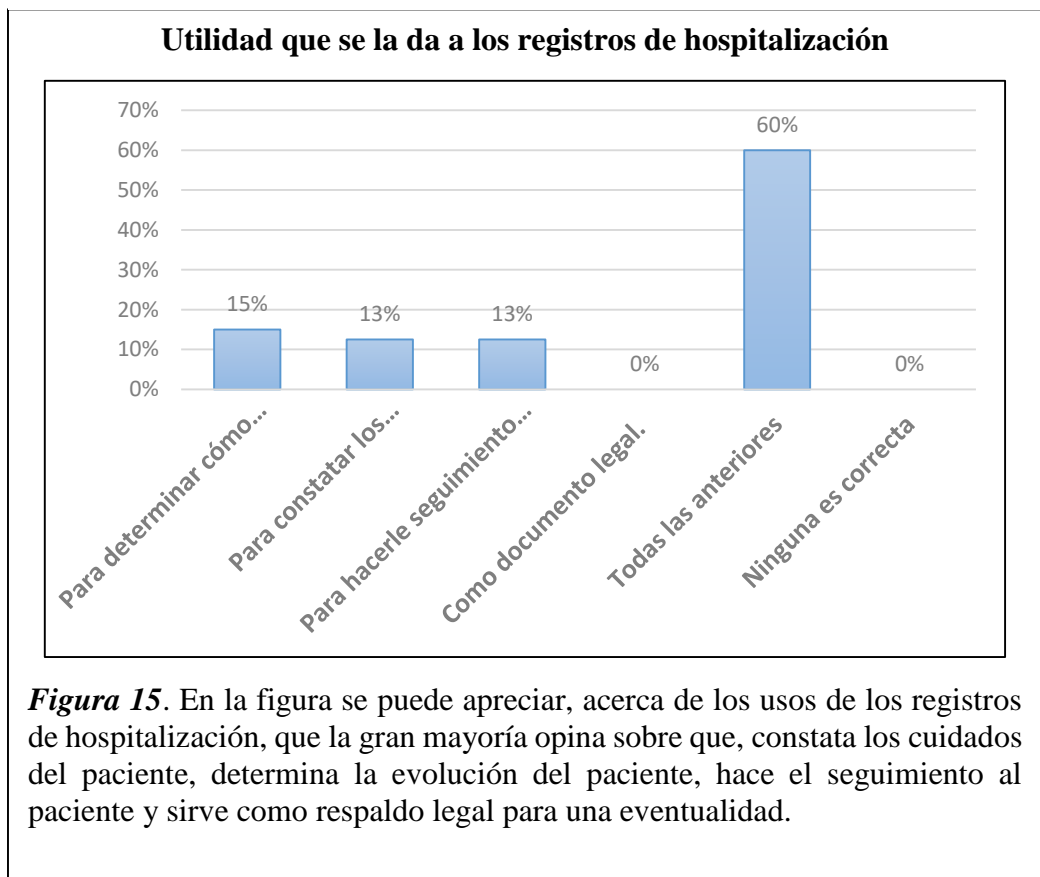


Tabla 21 Momento en que se debe anotar información en el registro de hospitalización

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Cuando el paciente es ingresado	12	30%
B) En el transcurso del turno	2	5%
C) Cuando el paciente es dado de alta	6	15%
D) Ninguna		0%
E) A y C	20	50%
F) No interesa el orden		0%
	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 16 Momento en que se debe anotar información en el registro de hospitalización

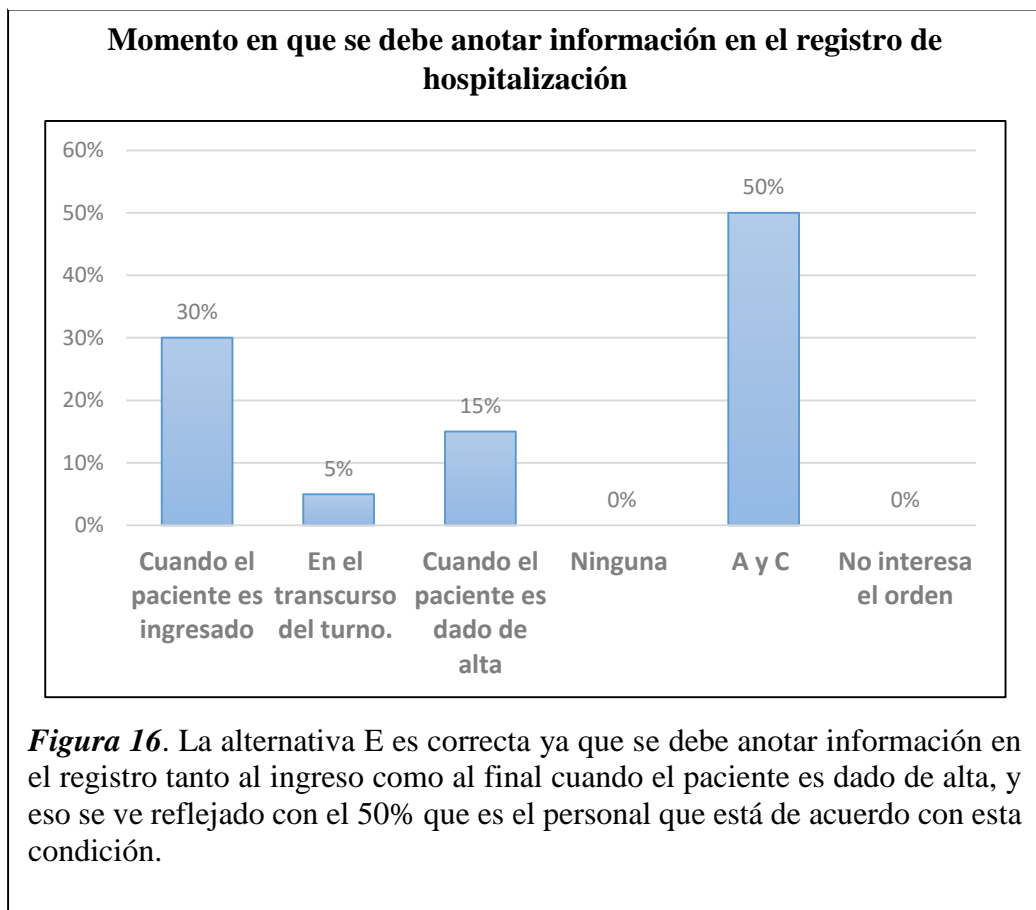


Tabla 22 Persona indicada de verificar la elaboración correcta del registro de hospitalización

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Enfermera de turno	21	53%
B) Obstetra de turno	6	15%
C) Jefa de enfermeras	10	25%
D) Técnica de enfermería	3	8%
E) Todas		0%
F) Ninguna		0%
	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 17 Persona indicada de verificar la elaboración correcta del registro de hospitalización

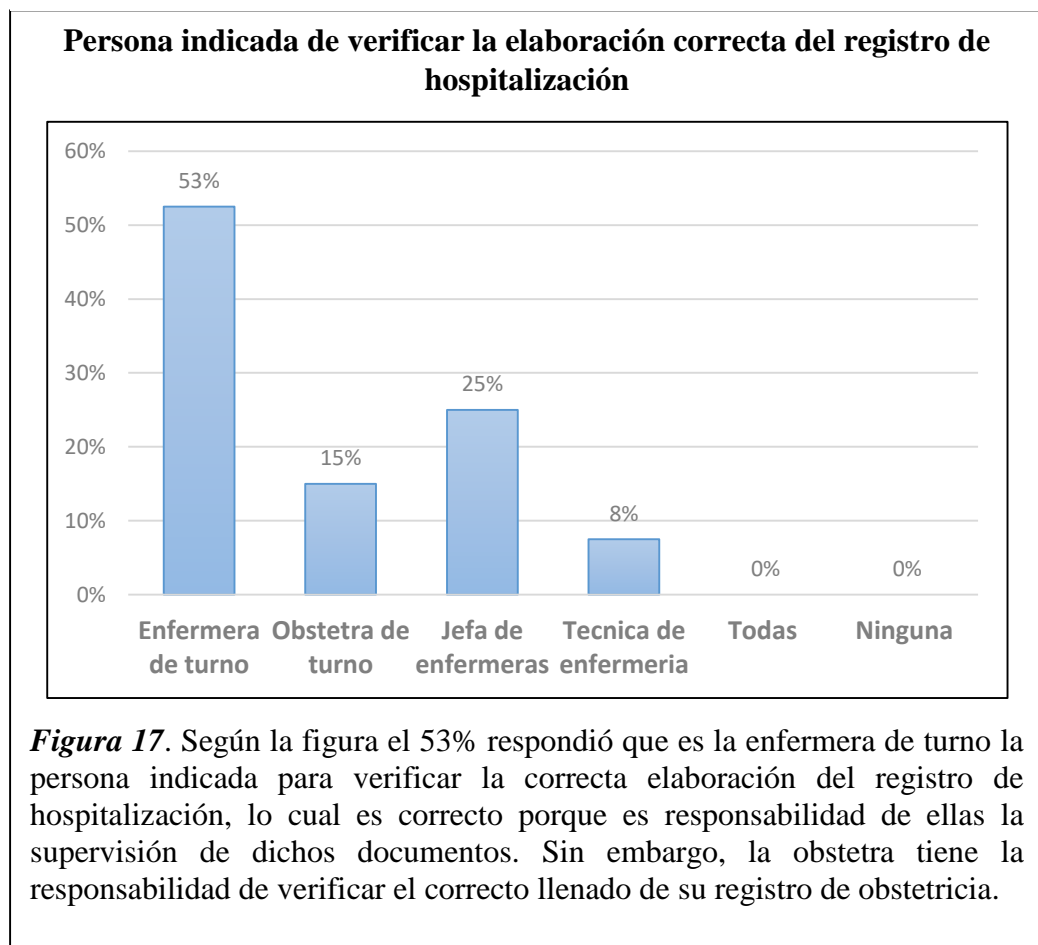


Tabla 23 Método utilizado para corregir los errores de escritura.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
A) Tacha la palabra	2	5%
B) Sobreescribe	5	13%
C) Usa corrector	30	75%
D) Cambia la hoja		0%
E) Todas	3	8%
F) Ninguna		0%
	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 18 Método utilizado para corregir los errores de escritura

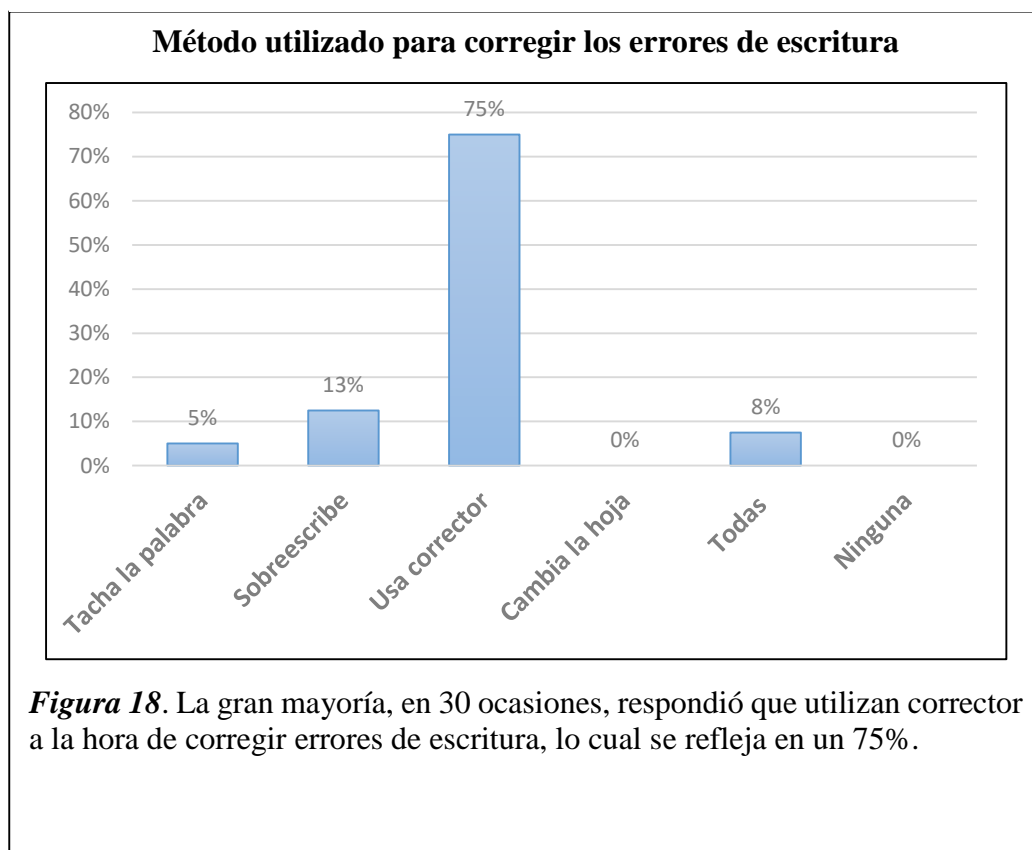


Tabla 24 Aspectos no considerados relevantes al anotar en el registro de hospitalización

No relevante	Frecuencia	Porcentaje
Nombre, solo apellidos del paciente		0%
DNI del paciente	8	20%
N° historia clínica		0%
Edad del paciente		0%
Localidad	10	25%
Código CIE-10	13	33%
Hora Ingreso/Egreso	5	13%
Fecha		0%
Nombre de médico que atendió	4	10%
	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 19 Aspectos no considerados relevantes al anotar en el registro de hospitalización

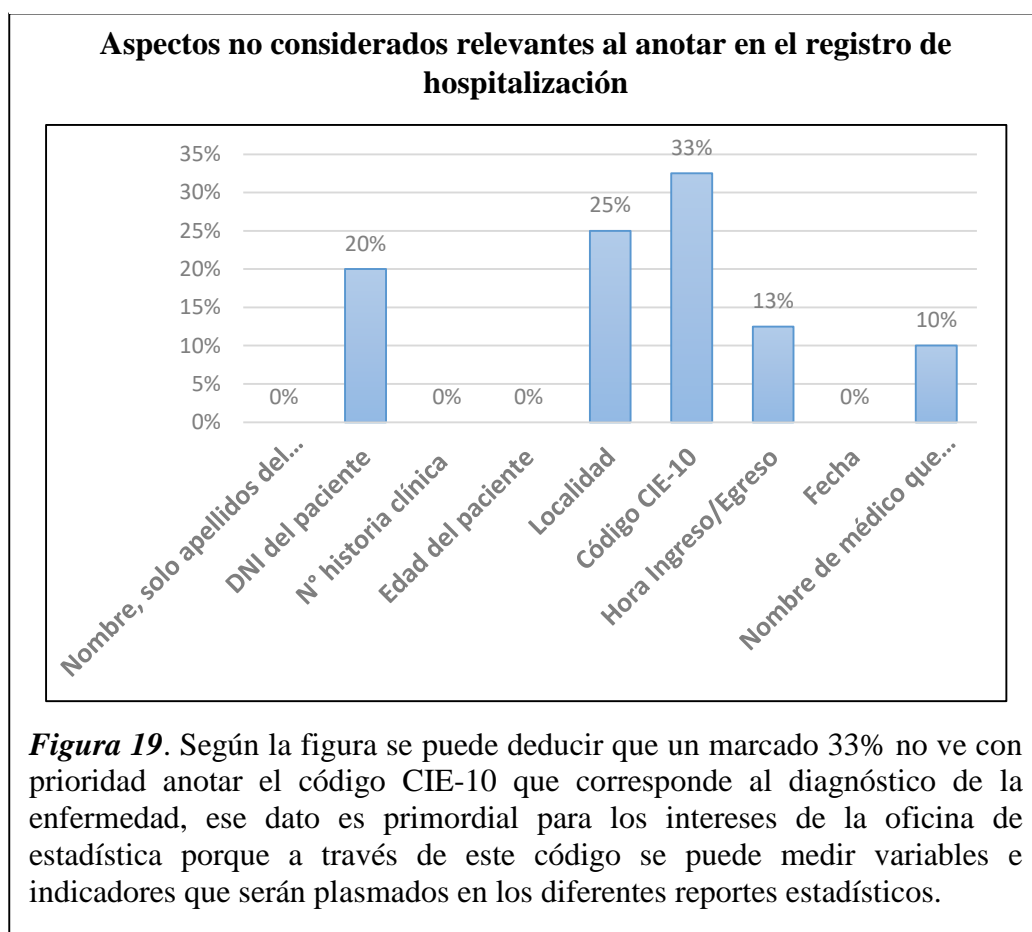


Tabla 25 Personal considerado responsable por los encuestados para la anotación en el registro de atención de los pacientes

Personal	N	%
Médicos	4	10
Enfermeras	8	20
Obstetras	7	17.5
Técnicos	21	52.5
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 20 Personal considerado responsable por los encuestados para la anotación en el registro de atención de los pacientes

Personal considerado responsable por los encuestados para la anotación en el registro de atención de los pacientes

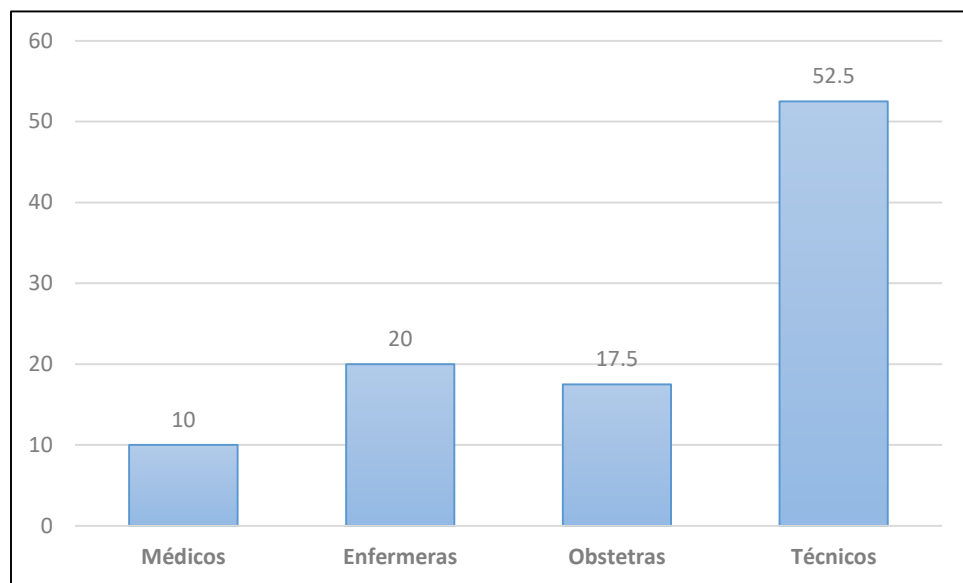


Figura 20. Los encuestados consideran en 10.0% que son los médicos los responsables de anotar en las fichas de registro de atención diaria de los pacientes, en tanto el 20% considera que son las enfermeras y un 17.5% manifiesta que son las obstetras. El 52.5% señala al personal técnico como el responsable, lo cual está denotando una mayor responsabilidad hacia este personal, no obstante, la responsabilidad debe ser compartida entre enfermeras, obstetras y técnicas.

Tabla 26 Personal que ha recibido capacitación en registros de atención medica diaria de los pacientes

	N	%
NO	40	100
SI	0	0
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 21 Personal que ha recibido capacitación en registros de atención medica diaria de los pacientes

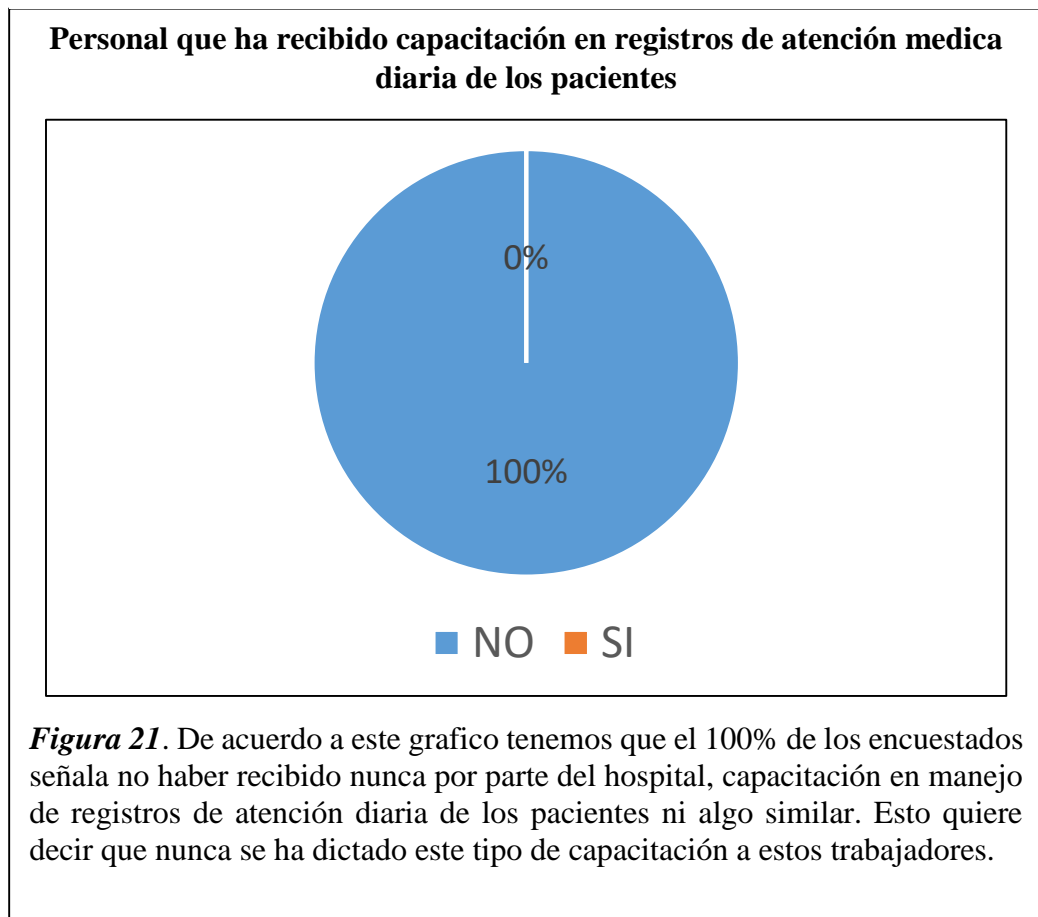


Tabla 27 Personal dispuesto a participar de actividades de capacitación en temas relacionados a su trabajo.

	N	%
SI	39	97
NO	1	3
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 22 Personal dispuesto a participar de actividades de capacitación en temas relacionados a su trabajo

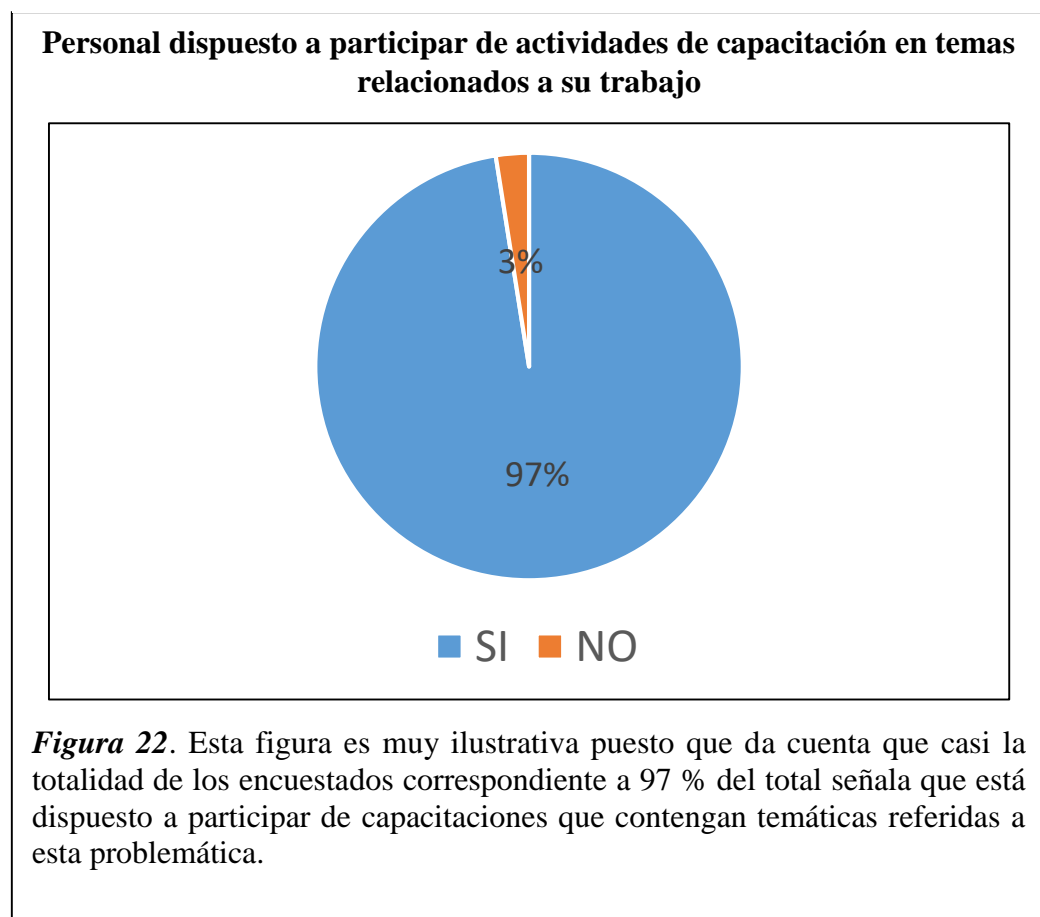
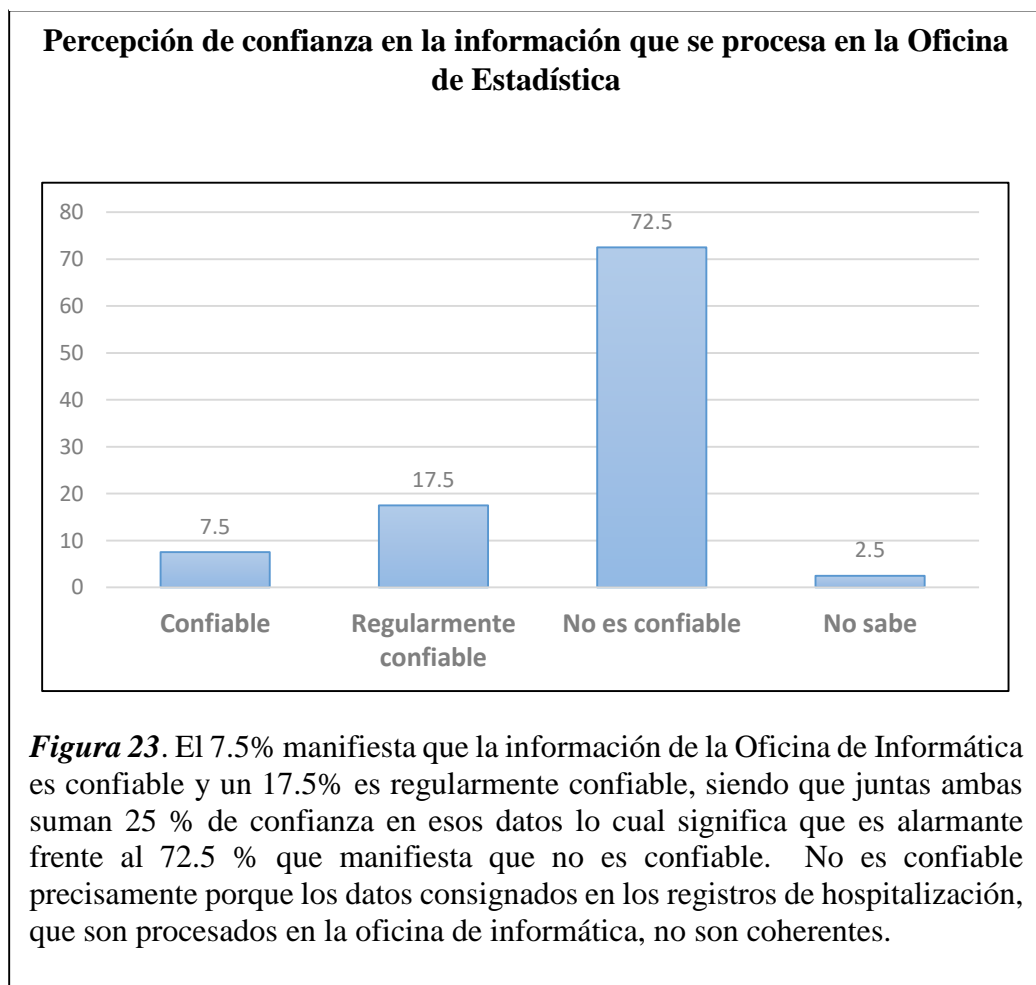


Tabla 28 Percepción de confianza en la información que se procesa en la Oficina de Estadística

	N	%
Confiable	3	7.50
Regularmente confiable	7	17.50
No es confiable	29	72.50
No sabe	1	2.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a 40 trabajadores del hospital.

Figura 23 Percepción de confianza en la información que se procesa en la Oficina de Estadística



3.2. Discusión de resultados.

Síntesis del resultado

La medición del informe concluido nos arroja que hay una absoluta desconfianza en la información que emite el despacho de estadística, en relación de los datos que le son proporcionados, no considerando la confiabilidad de los mismos, ya que los mismos encuestados implícitamente señalan y reconocen la existencia de deficiencias en el proceso de elaboración y recojo de dicha información al afirmar que no hay capacitación al respecto y no existir consenso en quienes son los responsables de las anotaciones y monitoreo de los registros de atención médica (Ver tablas 26 y 27).

Causales:

Es de observarse que la causa de estas deficiencias radicaría en la escasa programación de actividades de desarrollo de capacidades para el personal tal como se desprende de la tabla 27.

Tendencias:

Este proceso deficiente nos orienta a un registro deficiente no por su mal procesamiento informático sino por la deficiencia de la información en sí misma, razón por la que la solución nos obliga a ejecutar un proceso de desarrollo de capacidades dirigido al personal en general, pero especialmente al de enfermería.

Análisis del marco teórico:

A los antecedentes

Este resultado concuerda con lo sostenido por Bonilla et al. (2011) en sus prácticas de internado hospitalario en el Hospital “Belén” de Lambayeque donde observan que las enfermeras presentan observaciones y/o deducciones muy subjetivas como “pasó la noche tranquilo”, “aparentemente tranquilo”, “sin novedad”, “en aparentemente estado general”,

“estacionario durante el turno”, este mismo tipo de notas se realizan en el servicio de hospitalización, lo cual es muy congruente si se verifica la tabla 25 del presente trabajo.

Asimismo, este resultado no hace más que confirmar lo señalado en Uruguay por Cancela, Fontán, Martins, Piriz, y Vittola (2010) quienes concluyen en su investigación recomendando que para cumplir con el vaciado correcto de la historia clínica es necesario aplicar una educación actualizada al personal de enfermería durante su formación universitaria y dentro de su desempeño laboral sobre la normativa vigente de la misma. Tabla 27.

A las bases teóricas

Este resultado coincide con Gervas (1987) “En muchos casos solo el valor (estimación) se anota realmente, y su significado cualidad se entiende mediante referencia a las reglas de interpretación implícitas en la mente del que efectúa el registro. Estas reglas pueden ser coincidentes, o no, con las de otras personas. De ahí la importancia de usar reglas explícitas, manuales de instrucciones, y definiciones tipificadas (estandarizadas).” (Cesca, 1987,p.21), puesto que se deduce de igual manera que la preferencia a la cantidad de los hechos y cosas tiene preferencia en las anotaciones mas no a la calidad de estos mismos según se contempla en la tabla 9, donde a los aspectos cualitativos del proceso no se les da suficiente importancia.

A los Objetivos

La Tabla 27 responde al objetivo general Desarrollar las Capacidades del personal asistencial en el correcto llenado y registro de atenciones médicas del servicio de hospitalización, para garantizar la emisión oportuna y veraz de los reportes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

Las Figuras 4,5,6,7,8,10,11 y 12 responden al objetivo específico 1 “Diagnosticar el estado actual del llenado y registro de atenciones médicas del servicio de hospitalización del Hospital Referencial de Ferreñafe”. Este aspecto se realizó a través del método de la observación de los registros hospitalarios.

La Tabla 27 responde al objetivo específico 2 “Identificar los factores limitantes para una oportuna y eficiente elaboración de los informes estadísticos.” Esto se debe principalmente porque el personal no está debidamente capacitado para realizar funciones de redacción acerca de registros hospitalarios y ello trae como consecuencia que los reportes que emite la oficina de estadística no sean confiables.

Las Tabla 24 responde al objetivo específico 3 “Diseñar un taller de capacitación en el registro de las atenciones médicas del servicio de hospitalización que permitirá corregir errores de omisión de datos en el Hospital Referencial de Ferreñafe En efecto ya que con el desarrollo de un taller de capacitación se corregirán muchos errores de redacción a la hora de realizar las anotaciones en los respectivos registros de hospitalización.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- a. La falta de cumplimiento de los parámetros establecidos para un eficiente Registro de Atenciones Médicas en el Área de Hospitalización en el Hospital Referencial de Ferreñafe, conlleva a un generalizado desorden que impide una emisión eficaz de los reportes de información procesados por la oficina de estadística. (Tabla 25)
- b. Las deficiencias más frecuentes son aquellas que están referidas al registro del código CIE 10 que está asociado al diagnóstico de una patología, así como en particular de la legibilidad de la letra (Figura 10 y Figura 2). Y las deficiencias menos frecuentes se refieren al registro de fecha y hora de ingreso, número de historia clínica y número de DNI, nombre completo, sexo y edad, domicilio y procedencia, nombre del profesional que da de alta, fecha y hora de salida. (Figuras 4, 5, 6, 7, 8, 11 y 12).
- c. Existe un serio y grave desconocimiento de los roles y responsabilidades de quienes escriben en los registros de atenciones médicas, ya que generalmente se considera equivocadamente que esta es tarea exclusiva del personal técnico de enfermería, desconociéndose que la responsabilidad es compartida entre técnicas, obstetras y enfermeras. (Tabla 26)
- d. El principal impacto con esta mala práctica recae en que la información, que viene a ser la fuente principal, al no ser consistente debido a las deficiencias de escritura, evita que los reportes estadísticos no reflejen la realidad de la situación actual y por ende perjudicaría el proceso de toma de decisiones.

4.2. Recomendaciones

- a. Elaborar un taller de capacitación dirigido al personal técnico y profesional en el que se contemple la temática referida a los parámetros técnicos para el correcto Registro de Atención Médica, disponiendo la evaluación de los participantes al finalizar el evento, así como su inmediata implementación bajo responsabilidad.
- b. A nivel del área de enfermería y de obstetricia se debería delegar obligatoriamente el cumplimiento de los roles y responsabilidades para el Registro de Atención Médica, estableciendo sanciones para su incumplimiento, paralelo a ello su monitoreo y seguimiento respectivo.
- c. Consultar periódicamente tanto a la jefa de enfermeras como de obstetras sobre el avance y superación de este problema y establecer las sugerencias necesarias para el perfeccionamiento del sistema.
- d. Encargar al Área de Personal la elaboración de boletines o dípticos que contengan las líneas que coadyuvan a la superación de este problema y que se hagan llegar al personal de enfermería periódicamente.

REFERENCIAS

- Alberto, V. S. (2015). *Calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I del servicio de emergencia en el hospital Victor Ramos Guardia durante el primer semestre del año 2015*. Tesis de segunda especialidad, Universidad Autónoma de Ica, Ica, Chíncha. Recuperado de <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/27/1/VERONICA%20SHIRLEY%20ALBERTO%20VERAMENDI%20-%20CALIDAD%20REGISTROS%20DE%20ENFERMERIA%20DEL%20PACIENTE.pdf>
- Bonilla, L., Y et al. (2011). *Actualizándome en el uso de Anotaciones de Enfermería Soapie para una función profesional eficiente*. Proyecto, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/286489911/ACTUALIZANDOMEENELUSODEANOTACIONES>
- Cancela, A., Fontán, V., Martins, A., Piriz, Y., Y Vittola, M. (2010). *Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad*. Trabajo de investigación, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA DE URUGUAY, Montevideo. Recuperado., de <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2010/FE-0345TG.pdf>
- Carrá, J. (s.f.). *Estructura de un informe estadístico. Aprehender. 1-5*. Recuperado de <http://www.aprehender.net/Estadistica/BaseDatos/Informe.pdf>
- Chavez, D. (2013). *Utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez*. Tesis de Licenciatura, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, Quito. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7228/8.14.001708.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguin. (2012). *Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital de Essalud de Chiclayo 2008-2010*. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo. Recuperado de http://www.academia.edu/34022864/Calidad_t%C3%A9cnica_de_las_historias_cl%C3%A9nicas_de_los_pacientes_hospitalizados_en_un_hospital_Essalud_de_Chiclayo_2008-2010
- Cuya, C. G. (2015). *Calidad de los registros de evolución de enfermería del servicio de neurocirugía del Hospital Base Carlos Aberto Seguin Escobedo, Arequipa 2014*. Tesis de Maestría, UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, Arequipa. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3616/8I.1233.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Farfan, G. (2013). *Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería*. Tesis de Licenciatura, Bogotá. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13783/FarfanNitolaGinaMarcela2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Farroñay, K., Y Trujillo, A. (2013). *Sistema de registro de atención médica para un centro de salud nivel I-3 de complejidad*. Tesis de Título, Lima. Recuperado de

https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/313002/trujillo_amb-tesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Gangotena, J., Herrmann, P., Jácome, M., Márquez, H., Y Arthur, Z. (2007). *Desarrollo de Capacidades*. Abya-Yala. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=9us9M-LAPqoCYpg=PA18Ydq=desarrollo+de+capacidadesYhl=es-419Ysa=XYved=0ahUKEwjP2tX98IbVAhUE7SYKHeykDI8Q6AEIIDA#v=onepageYq=desarrollo%20de%20capacidadesYf=false>
- Gérvas, J. (1987). *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid, España: Diaz de Santos S.A. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=DGq9VlaCXMOCYprintsec=frontcoverYhl=es#v=onepageYqYf=false>
- Gobierno Regional de Lambayeque. (26 de octubre de 2015). Reglamento Interno de los servidores civiles de la Región Lambayeque. Resol. 059-2015-GRLAMB/ORPP.
- Gutierrez, J., Esquen, O., Y Gomez, E. (2012). Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, 2012. *Revistas Cientificas UPEU*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/326309740_Nivel_de_cumplimiento_de_los_registros_de_Enfermeria_en_el_servicio_de_Ginecoobstetricia_del_Hospital_Nacional_Madre_Nino_San_Bartolome_2012
- Hernández, L. (s.f.). *Cuidados y registros de enfermería*. Recuperado de <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Cuidados%20y%20Registros%20de%20Enfermeria.pdf>
- Martinicorena, F. (2006). *Capacitacion en Salud*. Buenos Aires, Argentina: Dunken. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=bl-ZNvZE458CYprintsec=frontcover#v=onepageYqYf=false>
- Mateo, A. (2015). *Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala, agosto a octubre 2014*. Tesis de Licenciatura, UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR, Quetzaltenango. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>
- MINSA. (1985). *Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983*. Recuperado de bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1117_MINSA844-1.pdf
- Narváez, E. J. (2015). *Calidad del registro de historia clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría, Hospital General de Jaén 2014*. Tesis de Título, UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, Trujillo. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1733/1/RE_MED.HUMANA_CAL.RIESG.HISTO.CLINICA_HOSPITALIZACION_TESIS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería*. Washington DC: OPS. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=xhJu4VVUOO4CYprintsec=frontcover#v=onepageYqYf=false>

- Ospino, J. (2004). *Metodología de la investigación en ciencias de la salud*. Colombia: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=Z0kx76jf88wCYprintsec=frontcover#v=onepageYqYf=false>
- Plasencia, J. (2007). *Opinión de las enfermeras sobre las características y la utilidad de la información que brinda el reporte de enfermería en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, febrero 2007*. Tesis de Licenciatura, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Lima. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/494/Plasencia_rj.pdf?sequence=1YisAllowed=y
- PNUD. (1997). *Implementación - Desarrollo de la capacidad*. Recuperado de http://pppue.undp.2margraf.com/es/21_3.htm
- Rocandio, E., Y Iturriaga, L. (2013). *Evaluación de las notas de enfermería sobre la atención integral otorgada al paciente*. Tesis de Licenciatura, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, Zumpango. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/40415/TESIS%20EVALUACION%20DE%20LAS%20NOTAS%20DE%20ENFERMERIA.pdf?sequence=1YisAllowed=y>
- Suarez, K. (2014). *Evaluación de la calidad de historias clínicas de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general Hospital Regional Docente de Trujillo Enero-Junio 2013*. Tesis de Bachiller, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo. Recuperado, de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3190/SuarezAgreda_K.pdf?sequence=1YisAllowed=y

ANEXOS

Anexo N° 01

Guía de entrevista

INVESTIGACION

DESARROLLO DE CAPACIDADES EN EL REGISTRO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARA MEJORAR LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES ESTADÍSTICOS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFAE, 2017

Esta entrevista está dirigida a los médicos del Área de Hospitalización del Hospital Referencial de Ferreñafe.

1. ¿Qué tiempo tiene laborando como médico en este hospital?
2. ¿Qué especialidad en la medicina tiene Ud.?
3. ¿Cómo es su relación con el personal de enfermería de este hospital?
4. ¿Qué deficiencias encuentra en los Registros Diarios de Atención Médica de este establecimiento de salud?
5. ¿Qué actitud asume frente a estos problemas?
6. ¿Ha tratado con el personal de enfermería o de obstetricia acerca de estas deficiencias?
7. ¿Ha tratado este tema con las autoridades de este hospital?
8. ¿Que propondría para resolver esta situación?
9. ¿Qué mensaje le daría al personal de enfermería y de obstetricia de este hospital?

Ferreñafe, Setiembre del 2017

Anexo No 02

ENCUESTA

Esta encuesta es aplicada al personal profesional, técnico y asistencial del Hospital Referencial de Ferreñafe, en el marco del Proyecto Desarrollo de capacidades en el registro de las atenciones médicas del Servicio de Hospitalización para mejorar la elaboración de los informes estadísticos en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2017.

I. Marque con una "X" la respuesta.

1. ¿Qué criterios de redacción debe tener un registro de hospitalización?

- a) Veracidad
- b) Precisión
- c) Legible
- d) Concreta
- e) Todas son correctas

2. ¿Qué utilidad se le da a los registros de hospitalización?

- a) Dejar constancia de los cuidados de enfermería
- b) Identificar la evolución del paciente.
- c) Para monitorear al paciente.
- d) Para respaldo legal.
- e) Todas son correctas
- f) Ninguna es correcta

3. ¿En qué momento se debe anotar información en el registro de hospitalización?

- a) Cuando el paciente es ingresado
- b) Durante el turno.
- c) Cuando el paciente es dado de alta
- d) Ninguna es correcta.

e) A y C son correctas

f) No importa el orden

4. Según su percepción, ¿Cuál es la persona indicada de verificar la elaboración correcta del registro de hospitalización?

a) Obstetra de turno

b) Enfermera de turno

c) Jefa de enfermeras

d) Técnica de enfermería

e) Todas son correctas

f) Ninguna es correcta

5. ¿Qué método utiliza para corregir los errores de escritura?

a) Tacha la palabra

b) Sobreescribe

c) Usa corrector

d) Cambia la hoja

e) Todas son correctas

f) Ninguna es correcta

6. Que aspectos no considera relevantes a la hora de anotar en el registro de hospitalización (elijá solo una opción)

Nombre, solo apellidos del paciente

DNI del paciente

Nº historia clínica

Edad del paciente

Localidad

Código CIE-10

Hora Ingreso/Egreso

Fecha

Nombre de médico que atendió

7. ¿Qué personal es el responsable de la anotación en las fichas de atención de los pacientes?

- Médicos
- Enfermeras
- Obstetras
- Técnicos

8. ¿Ha recibido Ud. capacitación en el manejo de los registros de atención médica diaria de los pacientes?

- a. Si b. No

9. ¿Esta Ud. dispuesto a participar de actividades de capacitación en temas relacionados a su trabajo?

- a. Si b. No

10. ¿Cómo considera la información que se procesa en la Oficina de Estadística?

- a) Confiable
- b) Regularmente confiable
- c) No es confiable
- d) No sabe

Muchas gracias

Observaciones:

.....

.....

.....

Fecha:// 2017
.....

Encuestador:

Anexo No 03

REGISTRO DE CIRUGIA

N°	FECHA	HORA	H.C./DNI	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO/EDAD		DOMICILIO	D.X.INGRESO	MÉDICO	D.X. EGRESO	MÉDICO QUE DA ALTA	FECHA DE ALTA	DIAS HOSPITALIZADOS	CONSUMO OXIGENO	PROCEDENCIA			OBSERVACION	
					M	F									EMERGENCIA	CONSULTORIO	CASA		REFERIDO
1	2/1/19	8:00 AM	65742	CRUZ, R. A.	M	72	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/1/19	3d	-	-	X	-	-	-	-
EMPLEO 2019																			
2	01/01/19	8:40	36653	ROMERO, J. A.	M	67	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	3d	-	-	-	X	X	-	-
3	01/01/19	8:15	82769	ROMERO, J. A.	M	67	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	3d	-	-	-	X	X	-	-
4	01/01/19	8:50	57826	ROMERO, J. A.	M	67	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	3d	-	-	-	-	X	-	-
5	01/01/19	8:30	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	3d	-	-	-	-	X	-	-
6	01/01/19	14:30	31622	ROMERO, J. A.	M	22	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	5d	-	-	-	X	-	-	-
7	01/01/19	11:50	70988	ROMERO, J. A.	M	22	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	1d	-	-	-	X	-	-	-
8	01/01/19	8:30	52153	ROMERO, J. A.	M	37	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	3d	-	-	-	-	X	-	-
9	01/01/19	9:30	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	3d	-	-	-	-	X	-	-
10	01/01/19	10:00	100523	ROMERO, J. A.	M	49	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	2d	-	-	-	X	-	-	-
11	01/01/19	11:00	100520	ROMERO, J. A.	M	49	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	2d	-	-	-	X	-	-	-
12	01/01/19	6:15	85606	ROMERO, J. A.	M	26	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	1/1/19	1d	-	-	-	-	X	-	-

Registro de Cirugía

Anexo No 04

ENERO - 2019

REGISTRO DE GINECOLOGIA

N°	FECHA	HORA	H.C./DNI	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO/EDAD		DOMICILIO	D.X.INGRESO	MÉDICO	D.X. EGRESO	MÉDICO QUE DA ALTA	FECHA DE ALTA	DIAS HOSPITALIZADOS	PROCEDIMIENTO	CONSUMO OXIGENO	PROCEDENCIA			OBSERVACION	
					M	F										EMERGENCIA	CONSULTORIO	CASA		REFERIDO
1	02/01/19	7:10 AM	100406	ROMERO, J. A.	M	40	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	3d	LU	-	-	X	-	X	-	-
2	02/01/19	3:40 PM	6674	ROMERO, J. A.	M	40	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	1d	-	-	-	-	X	-	X	-
3	02/01/19	3:50 PM	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	1d	-	-	-	-	-	X	-	-
4	02/01/19	11:30 AM	94747	ROMERO, J. A.	M	19	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	2d	-	-	-	-	-	X	-	-
5	02/01/19	10:30 AM	100510	ROMERO, J. A.	M	81	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	2d	LU	-	-	-	X	-	X	-
6	02/01/19	7:20 PM	100288	ROMERO, J. A.	M	78	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	2d	-	-	-	-	-	X	-	-
7	02/01/19	8:00 PM	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	1d	-	-	-	-	-	X	-	-
8	02/01/19	8:15 PM	85606	ROMERO, J. A.	M	26	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	1d	-	-	-	-	-	-	X	-
9	02/01/19	10:30 AM	100510	ROMERO, J. A.	M	81	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	2d	LU	-	-	-	-	X	-	-
10	02/01/19	11:15 AM	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	1d	-	-	-	-	-	-	X	-
11	02/01/19	11:40 AM	1543	ROMERO, J. A.	M	25	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	3d	LU	-	-	-	-	X	-	-
12	02/01/19	10:00 AM	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	1d	-	-	-	-	-	-	X	-
13	02/01/19	12:30 PM	73624	ROMERO, J. A.	M	60	San José	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	Dr. [illegible]	2/2/19	5d	-	-	-	-	-	-	X	-

Registro de Ginecología

Anexo No 08

Aplicativo SEEM v1.1

Administración Hospitalización Emergencia Utilitarios Ayuda

Registro de Datos: Egresos

Ambito Sanitario
ESTABLECIMIENTO

Nuevo Modificar Eliminar Guardar Buscar Salir

DISA DIRESA LAMBAYEQUE Microred FERREÑAFE
Red FERREDAFE Establecimiento HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE

Datos Generales del Paciente

Nro. de HC. 94010 Doc. de Identidad 1 DNI Nro 17448616 Etnia 80 MESTIZO Financiado 02 S.I.S Sexo 2 - FEMENINC

Apellidos PANTALEON DE SANCHEZ Nombres ALBERTA Edad 78 AÑO

Lug. Residencia 140206 Distrito PUEBLO NUEVO Provincia FERREÑAFE Fech. Ingreso 09-02-2019 Fech. Egreso 14-02-2019 Estancia 5 Condición 1 ALTA MÉDICA

Afección Principal

N390	...	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
1 E112	...	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC
2 I10X	...	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
3	...	

Causas externas de morbilidad

1	...	
2	...	

Otros procedimientos dentro del Internamiento u Hospitalización

1	...	
2	...	
3	...	
4	...	

Grupo profesional que atendió el parto

Fecha del parto --

RN Vivos 0
RN Muertos 0

Estadio Oncológico

T (Tamaño) --
N (Diseminación) --
M (Metástasis) --
Tratamiento --

Servicio 241800 MEDICINA GENERAL
Responsable que indica el Egreso 11673012301 CALDERON VILCHEZ PERCY ALBERTO

NUM

Registro de un paciente hospitalizado en Medicina

Anexo No 09

Aplicativo SEEM v1.1

Administración Hospitalización Emergencia Utilitarios Ayuda

Registro de Datos: Egresos

Ambito Sanitario

ESTABLECIMIENTO

DISA Microred

Red Establecimiento

Datos Generales del Paciente

Nro. de HC. Doc. de Identidad Nro Etnia MESTIZO Financiador Sexo

Apellidos Nombres Edad AÑO

Lug. Residencia Distrito Provincia Fech. Ingreso Fech. Egreso Estancia Condición

Afección Principal PARTO POR CESAREA ELECTIVA

1 ...

2 ...

3 ...

Causas externas de morbilidad

1 ...

2 ...

Otros procedimientos dentro del Internamiento u Hospitalización

1 ...

2 ...

3 ...

4 ...

Servicio CIRUGÍA GENERAL

Responsable que indica el Egreso VASQUEZ ANAYA ERIKA GIOVANA

Grupo profesional que atendió el parto

MEDICO GINECO OBTETRA

Fecha del parto

RN Vivos

RN Muertos

Estadio Oncológico

T (Tamaño)

N (Diseminación)

M (Metástasis)

Tratamiento

NUM

Registro de una paciente para parto por cesárea de Cirugía

Anexo No 10



Hospital Referencial del MINSA - Ferreñafe