



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE LOS REGISTROS ELECTRONICOS DE ENFERMERIA Y  
LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UNIDAD DE CUIDADO  
INTENSIVO DEL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE,  
JUNIO 2016**

**Trabajo Académico para optar el Titulo de Segunda Especialidad en  
Enfermera en Cuidados Intensivos**

**Investigadoras**

**Lic. Figueroa Dietz, Cynthia del Carmen**

**Lic. Mejía Ravello, Karim**

**Lic. Santa Cruz Jara, Karina**

**Asesora**

**Mg. Margarita Alayo Sarmiento**

**Lima – Perú**

**2016**

**Mg. Margarita Alayo Sarmiento**

Asesora

## RESUMEN

Los registros electrónicos de enfermería son la nueva metodología en donde se puede evidenciar el cuidado brindado a los pacientes, siendo un elemento de defensa legal ante posibles procesos disciplinarios entre otras aplicaciones. La trascendencia que representan para la profesión en sus distintos campos de acción, sugiere la importancia de crear y diligenciar registros cada vez mejor, motivo por el cual resulta de gran importancia hacer una revisión que permita no sólo conocer la calidad de los registros de Enfermería, sino también que permita establecer los factores que influyen en la realización de estos. El objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen, en la unidad de cuidado intensivo. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estará constituida por todos los profesionales de enfermería (45) y sus registros electrónicos, de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente. Los instrumentos del estudio, el cuestionario y la Guía de observación, serán sometidos a juicio de expertos para su validación, ambos instrumentos serán sujetos a la validación de constructo y contenido a juicio de expertos, conformado por Enfermeras Docentes de la Especialidad de Cuidados Intensivos a fin de recomendaciones para potenciar los instrumentos. Los resultados obtenidos por los jueces serán sometidos a prueba binomial, y se consideraran un error de significancia que no supere  $p > 0.05$ . Se someterá así mismo a prueba de confiabilidad con Alfa de Crombach, con valor sobre 0.5.

Una vez aplicado los instrumentos, se realizará la codificación manual de la información asignándole códigos numéricos a las diferentes categorías de respuesta a cada pregunta del cuestionario y de la lista de chequeo, para ello se hará uso del SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se crearán y editarán los archivos, se tabulará las variables y se efectuará el análisis estadístico según corresponda.

Se realizará el análisis estadístico descriptivo teniendo en cuenta los objetivos del estudio y las variables a estudiar; se obtendrán las distribuciones de frecuencias, medias, promedios y desviación estándar. Se analizará la interrelación con cuadros de contingencias.

Los datos recolectados de cada enfermero (a) serán clasificados estadísticamente para evaluar la calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen, en la unidad de cuidado intensivo según la escala de clasificación según la técnica de Estanino.

**(Palabras claves:** Calidad de los registros electrónicos, factores que influyen).

## SUMMARY

Electronic nursing records are the new methodology in which the care provided to patients can be evidenced, being an element of legal defense against possible disciplinary processes among other applications. The significance they represent for the profession in its different fields of action, suggests the importance of creating and diligent records better, reason why it is of great importance to make a review that allows not only to know the quality of nursing records, But also to establish the factors that influence the performance of these. The objective of this research is to evaluate the quality of nursing records and the factors that influence the intensive care unit. The study is a quantitative, cross-sectional descriptive method. The population will be made up of all the nursing professionals (45) and their electronic records, of the Intensive Care Unit of the Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente. The instruments of the study, the questionnaire and the Observation Guide will be submitted to expert judgment for validation, both instruments will be subject to construct validation and content in the opinion of experts, made up of Nurses Teachers of the Intensive Care Specialty Recommendations for strengthening the instruments. The results obtained by the judges will be submitted to binomial test, and will be considered an error of significance that does not exceed  $p > 0.05$ . It will also be submitted to reliability test with Alfa de Crombach, with value about 0.5.

Once the instruments have been applied, the manual coding of the information will be performed by assigning numerical codes to the different response categories to each question in the questionnaire and the checklist, using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) , Where the files will be created and edited, the variables will be tabulated and the statistical analysis will be carried out as appropriate.

The descriptive statistical analysis will be carried out taking into account the objectives of the study and the variables to be studied; The distributions of frequencies, means, averages and standard deviation will be obtained. The relationship will be analyzed with contingency tables.

The data collected from each nurse (a) will be classified statistically to evaluate the quality of the nursing records and the factors that influence, in the intensive care unit according to the classification scale according to the Estanino technique.

**(Key words:** Quality of electronic records, influencing factors).

# INDICE

## RESUMEN

## SUMMARY

<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>CAPITULO I: Planteamiento del problema</b> .....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Viabilidad y factibilidad.....	5
<b>CAPITULO II: Propósito</b> .....	6
2.1 Propósito.....	6
2.2 Objetivos.....	6
2.2.1 Objetivo general.....	6
2.2.2 Objetivos específicos.....	6
<b>CAPITULO III: Marco teórico</b> .....	7
3.1 Antecedentes.....	7
3.2 Base teórica.....	11
<b>CAPITULO IV: Material y método</b> .....	19
4.1 Diseño de estudio.....	19
4.2 Área de estudio.....	19
4.3 Población y muestra.....	19
4.4 Definición operacional de variables.....	20
4.5 Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....	23
4.6 Plan de tabulación y análisis.....	29

<b>CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS</b> .....	31
5.1 Principios éticos.....	31
5.2 Formato de consentimiento informado.....	32
5.3Cronograma de actividades.....	32
5.4 Presupuesto.....	33
<b>REFERENCIAS</b> .....	34
<b>ANEXOS</b> .....	37
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	38
Anexo 2: Guía de observación.....	39
Anexo 3: Cuestionario.....	43

## INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área del cuidado de la salud especializada, donde se brinda atención en medicina crítica a pacientes inestables hemodinámicamente y que requieren vigilancia y monitorización continuas.

La enfermera cumple un rol importante dentro de estas unidades, en las que se trabaja en forma interdisciplinaria con otras especialidades, a fin de lograr el objetivo de recuperar la salud de los pacientes, a través del cuidado humanizado y actualizado con el plan de atención de enfermería (PAE).

El proceso de enfermería es un método ampliamente aceptado y ha sido sugerido como un método científico para orientar y calificar la asistencia de enfermería. El proceso ha sido definido como una forma sistemática y dinámica de prestar cuidados de enfermería, que es realizado por medio de cinco etapas interconectadas: evaluación, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación (1-2).

De acuerdo con las actuales normas americanas y canadienses la práctica de enfermería exige la utilización eficiente del proceso de enfermería y la participación de los profesionales en actividades que contribuyan para el desarrollo permanente de conocimientos sobre esta metodología (2).

Existe una demanda para establecer el proceso de enfermería en la práctica de cuidados de la salud en cada institución, dentro de hospitales, así como en la comunidad como un todo. El proceso de enfermería debe ser establecido en la práctica en todas las instituciones de la salud, en hospitales, así como en la salud comunitaria como un todo (3).

Sin embargo, en la práctica no todas las etapas son sistemáticamente aplicadas. Algunos estudios han revelado dificultades en el establecimiento y en la utilización del proceso de enfermería en las instituciones durante los últimos años, en el Perú y en otros países.

La medicina intensiva al igual que otras áreas de las ciencias de la salud, que involucra también a la enfermería intensivista, se ven inmersos en cambios continuamente, sobre todo en el uso de nuevas tecnologías que facilitan y brindan soporte al cuidado de los pacientes críticos.

La rápida y creciente incorporación de la tecnología de la información y comunicación (TIC) en todos los ámbitos, está cambiando el mundo y nuestra forma de vida. La profesión de Enfermería no es ajena a esta “revolución”, la introducción de las TICs se manifiesta a distintos niveles y nos obliga a una preparación y formación en estas nuevas áreas, para que realmente se conviertan en un eficaz instrumento para el desarrollo de los cuidados de enfermería de la máxima calidad (4).

Las TICs se ven reflejadas en la historia clínica (HC), aquel documento médico legal, que tradicionalmente se han desarrollado en hojas de papel, pero que se están produciendo cambios, y en muchas instituciones de salud se está adoptando la historia clínica electrónica (HCE), con múltiples beneficios para el usuario que repercuten en la calidad de atención; pero también nuevos retos para los profesionales de la salud, quienes ven cambiar hacia una nueva forma, en el registro de los datos de atención en salud de los pacientes.

La enfermera intensivista, quien brinda un cuidado humano y continuo en las áreas críticas, también hace uso de estas tecnologías, donde debe quedar plasmado, a través de las anotaciones de enfermería, todos los aspectos relacionados a la atención de salud y cuidados brindados al paciente en el turno de trabajo, basado en el PAE, de manera que se convierta en un documento electrónico que favorece la comunicación entre profesionales de enfermería y otras especialidades, de forma continua; pero también de calidad.

La HC cual fuera su soporte, de papel o electrónico, es un documento auditable, más aun el electrónico por las características propias de este, es por ello la necesidad de que se cumpla con los criterios para su llenado de las historias clínicas, de manera que sean consideradas de calidad.

En nuestro país recién se están implementando el uso de la HCE, es así que siendo muy pocas estas instituciones, es de necesidad realizar la evaluación de la calidad de cómo se vienen cumpliendo las anotaciones de enfermería de forma electrónica, siguiendo los criterios establecidos por la institución de salud, asimismo se pretende conocer los factores que influyen en su correcto llenado, a fin que se adopten medidas para que sean óptimas.

Por ello el siguiente proyecto de investigación tiene por finalidad la evaluación de la calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente (HGKF) en el Distrito de Villa María del Triunfo - Lima, hospital de reciente creación que hace uso de la HCE.



## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La UCI se define como una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad (5).

Dentro del equipo multidisciplinario de la UCI, la enfermera intensivista desempeña una función importante y debe poseer un amplio conocimiento y experiencia en el manejo de pacientes críticos, brindando un cuidado humanizado, respetando la integridad del paciente; convirtiendo este Cuidado en el eje central de la atención de salud especializada, integral y continua.

Como parte del trabajo diario de la enfermera y reflejo de los cuidados que brinda en beneficio del paciente, el enfermero intensivista debe plasmar dichos cuidados y actividades en los registros de enfermería en la HC, el cual constituye un documento que evidencia el trabajo del profesional de enfermería, permitiendo la continuidad del cuidado del paciente(6).

El Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente (HGKF), hace uso de las HCE así como de los registros de enfermería electrónicos, desde sus inicios; siendo pioneros en el campo de las TIC a nivel salud en el Perú, debiendo la enfermera realizar sus anotaciones de forma digital, además del llenado de registros de las funciones vitales, llenado de las escalas de valoración y confirmación electrónica de administración de medicamentos.

En los registros de enfermería se recopilan datos del paciente, sobre su salud y enfermedad; describiendo cronológicamente la situación y la evolución del proceso de salud, y de las intervenciones de enfermería. Contienen observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados y todos los datos y acciones que el equipo de salud realiza (7).

El registro de enfermería es de gran importancia dentro de la HC, ya que permite conocer la evolución del paciente, hechos o sucesos resaltantes, así como la acción terapéutica realizada al paciente, con la finalidad de brindar continuidad y seguridad en el tratamiento. Además representa la calidad de atención que se brinda, y evidencia la estructura organizativa de una institución, permitiendo transmitir información válida y confiable al equipo de salud (8).

Con los últimos avances en las TIC, la HC ha encontrado el medio electrónico como nuevo soporte de almacenaje, que entre sus ventajas como el fácil acceso, la posibilidad de compartir datos, el acceso simultáneo, la legibilidad e integración con otros sistemas de información de salud, permiten mejorar la calidad de atención del paciente. La OMS incluso recalca la importancia del uso de la TIC en busca de mejores resultados sobre el paciente, siendo los registros electrónicos una de las formas de integrar las TIC en el campo de la salud.

Ya sea en la HC tradicional o electrónica, estas son fuente esencial de información sobre la situación de los pacientes, por ello deben seguir ciertos criterios de llenado para que sean objetivos. El rol de la enfermera en ello es cumplir adecuadamente el registro de sus anotaciones en busca de que estas sean consideradas una garantía de la eficiencia de la práctica enfermera, haciendo uso del PAE. En este aspecto el HGKF ha establecido el SOAPIE como metodología para el registro de enfermería, donde se cumplen los pasos del PAE.

La importancia de los registros de enfermería van de la mano con la calidad de éstas; muchas investigaciones ponen en manifiesto que aún hay falencias respecto al llenado de estas.(9) El Comité de Calidad del HGKF realiza valoraciones no sistemáticas de los registros de enfermería en los cuales han encontrado errores tales como: equivocaciones de usuario al momento del llenado de los registros, similitudes entre los registros de distintos usuarios, demora en el inicio del llenado de los registros, anotaciones que no corresponden al paciente, faltas ortográficas y uso de abreviaturas no oficiales, entre otros.

Situación que hace notar falencias que persisten en el llenado de los registros; que podrían deberse a diversos factores, ya sean estos personales o institucionales, que deseamos conocer.

## **I.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Debido a la problemática presentada y creyendo necesaria la investigación de este tema para el desarrollo del conocimiento de enfermería en el uso de nuevas tecnologías, es conveniente la formulación de la siguiente pregunta:

**¿CUAL ES LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ELECTRONICOS DE ENFERMERIA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN, EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITALGUILLERMO KAELIN DE LA FUENTEJUNIO 2016?**

### **I.3. JUSTIFICACIÓN**

Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Los registros de enfermería en el ámbito de la Uci constituyen una parte fundamental de la asistencia y la continuidad del cuidado que se brinda al individuo que se encuentra hospitalizado por presentar un estado de salud que demanda una atención profesional personalizada. Dicho reporte enfermero forma parte de la historia clínica del paciente, lo que conlleva a responsabilidades de índole profesional y legal, por tanto precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

La HCE es un reto para los profesionales de la salud, tener conocimiento y práctica al momento de realizar los registros electrónicos de enfermería, pues estos deben ser objetivos por su carácter médico legal. Es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo la importancia del cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud, y su aplicación en la práctica cotidiana.

La calidad de los registros reflejará la calidad de atención brindada a la persona en condición de inestabilidad. Todo aquello que no se registra, nunca se hizo legalmente, de ahí la importancia que las anotaciones de enfermería se cumplimenten adecuadamente para ser consideradas de calidad, poniendo énfasis en el hecho que en estas se vea reflejada la metodología PAE, para poder valorar los resultados y eficacia del cuidado enfermero.

### **I.4. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD**

El proyecto de investigación es posible de ser ejecutado, en cuanto que es un tema útil para el desarrollo de la profesión de enfermería, en el uso de nuevas tecnologías de la información, en el aumento del conocimiento enfermero y el mejoramiento del cuidado que se brinda a los pacientes en situación crítica, asimismo el hecho de que se cuenta con el recurso humano y tiempo para ello, los instrumentos son posibles de aplicarse en la actividad hospitalaria; se cuenta así mismo con la accesibilidad al centro hospitalario donde se tiene pensado realizar el estudio.

## **CAPITULO II**

### **II.1 PROPOSITO**

A partir de los resultados obtenidos del estudio, formular estrategias necesarias orientadas a la capacitación, supervisión y/o educación continua del personal de enfermería, en la elaboración de los registros electrónicos de enfermería, de acuerdo a los estándares exigidos por el HGKF; de tal forma que se constituyan documentos de calidad, importantes para el desarrollo del cuidado enfermero, haciendo uso de nuevas tecnologías.

### **II.2. OBJETIVOS**

#### **I.2.1. Objetivo General:**

Evaluar la calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen, en la unidad de cuidado intensivo.

#### **I.2.2. Objetivos específicos:**

I.2.2.1 Identificar la calidad de los registros de enfermería en cuanto a estructura.

I.2.2.2 Identificar la calidad de los registros de enfermería en cuanto a contenido.

I.2.2.3 Determinar cuáles son los factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería.

## CAPÍTULO III

### MARCO TEORICO

#### III.1. ANTECEDENTES

- Batista (Brasil – 2015) Tema: **Evaluación del desempeño funcional y calidad técnica de un Sistema de Documentación Electrónica del Proceso de Enfermería**. Método: estudio exploratorio descriptivo. Objetivo: evaluar el desempeño funcional y la calidad técnica del Sistema de Documentación Electrónica del Proceso de Enfermería del Hospital Universitario de la Universidad de Sao Paulo. Conclusión: El desarrollo de esta investigación permitió evaluar la calidad técnica y el desempeño funcional del software PROCEnf-USP®; los resultados obtenidos demostraron la calidad del sistema en cada atributo considerado. Se concluye que el sistema PROCEnf-USP® se destacó en cinco características de calidad: adecuación funcional, usabilidad, seguridad, facilidad de mantenimiento y portabilidad (9).
- Guante A. (España – 2014) Tema: **Utilización de las tics en la elaboración de planes de cuidados de enfermería**. Método: observacional, descriptivo y de corte transversal. Objetivo: conocer el nivel de conocimiento, implantación y desarrollo de las herramientas informáticas y nuevas tecnologías utilizadas en el desarrollo de la actividad cuidadora de los profesionales de enfermería de atención primaria y especializada de Valladolid. Conclusiones: El uso de las TICS permiten disponer de comunicación hacia el exterior del sistema de salud, utilizando las posibilidades de Internet como instrumentos de relación; el paciente verá mejorada la calidad de la asistencia al disponer de profesionales que le atienden con la máxima información sobre él y sobre los recursos disponibles. Asimismo permite tener accesibilidad a toda la información acerca del paciente e información recogida en cualquier punto de la red asistencial (dentro de la comunidad); también facilita al seguimiento de planes de salud y de cuidados de enfermería orientados a los pacientes. Disminuye la posibilidad de errores clínicos y mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos, facilita el seguimiento terapéutico y la detección de posibles incompatibilidades, interacciones y actuaciones sobre alertas farmacológicas (4).

- **Gómez** (Perú - 2014) Tema: **Valoración clínica y calidad de los registros de enfermería en cuidados intensivos**. Método: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal retrospectivo; el estudio se realizó a 30 historias clínicas del Servicio de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé. Objetivo: determinar la valoración clínica y la calidad de los registros de enfermería. Conclusiones: Sobre la Valoración Clínica del 100% (30), 63.33% (19/30), son aceptables y 36.67% (11/30) por mejorar. En cuanto a la calidad de los registros de enfermería, 53.33% (16/30), son aceptables y 46.67% (14/30) por mejorar. Acerca de la Valoración Clínica, se concluye que el mayor porcentaje de historias clínicas revisadas son aceptables, pues registran todos los aspectos relacionados al estado de salud del paciente. Respecto a la calidad de los registros de enfermería, en el estudio se puede concluir que el mayor porcentaje es aceptable ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, el registro es exacto (00:00 a 24:00 horas), se encuentra el sello y firma de la enfermera de turno, registra los diagnósticos de enfermería NANDA, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos y los acontecimientos críticos son detallados(10).
- **Aedo V. et al. (Chile 2012)** Tema: **Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas**. Método: Cualitativo, descriptivo. Objetivo: describir la utilidad de los registros electrónicos como herramienta de apoyo en el área de la valoración de las heridas. Conclusiones: la utilización del sistema electrónico, permite disminución del tiempo empleado en los registros y mayor dedicación al cuidado de los pacientes; se caracteriza por ser más completo, ajustarse más fielmente a la labor de enfermería, siendo un buen sistema de trabajo, sin embargo otros mencionan que continúan siendo un buen sistema de trabajo, sin embargo otros mencionan que continúan siendo difíciles de completar y se consideran una carga adicional al trabajo diario. La causa principal de este inconveniente se debe a que enfermería no participa de la creación de los sistemas de informáticos. Por lo tanto los autores recomiendan realizar un trabajo en conjunto entre profesionales relacionados al área de la informática, junto a los profesionales de la salud, que son los principales usuarios del sistema, para definir en forma exacta lo que debe registrarse. Todo esto con el objetivo de crear una interface amigable, asegurando funcionalidad y adherencia (11).

- **De Souza** (Brasil 2012) Tema: **Evaluación y mejora de registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil**. Método: Cualitativo - cuantitativo realizado a pacientes de 18 años que ingresaban al servicio de medicina interna en el periodo mayo a junio del 2009. Objetivo: evaluar los registros de enfermería de la planta de medicina interna e implantar intervenciones de mejora con el fin de proporcionar un mejor registro de enfermería. Conclusiones: La mejora de la calidad asistencial depende entre otros factores, del apoyo de los jefes a las iniciativas del personal implicado en el proceso asistencial, donde deben sentirse valorados por los jefes en relación a la valoración de sus sugerencias y opiniones en la toma de decisiones para dicha mejora (12).
- **Ramos, Nava y San Juan** (México-2011) Tema: **El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez**. Método de estudio: Investigación descriptiva, transversal que aplicó dos instrumentos elaborado con base al marco teórico, el primero consta de 23 ítems con respuestas tipo *liker*. El segundo consta de 4 preguntas dicotómicas que evaluó las historias clínicas, y la hoja de registros de enfermería. Objetivo: Describir el estado actual y los factores que influyen en el llenado de los registros de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, cuya población de estudio estuvo constituida por noventa enfermeras (os) de los tres turnos Conclusiones: Los registros de enfermería son documentos médico-legales de gran importancia para el desarrollo de la disciplina y como evidencia del cuidado ofrecido a los usuarios; el mal manejo conlleva a deficiencias en la continuidad de su cuidado. En la revisión directa de los registros de enfermería se encontró que en su gran mayoría no se realizan con letra legible, utilizando abreviaturas y con ausencia del nombre y firma de quién lo elabora; dando como evidencia que los registros de enfermería en el Instituto no se realizan de forma satisfactoria (13).
- **Chipre** (Ecuador – 2011) **Calidad de las Notas de Enfermería en el Hospital de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”** Método: Cualitativo, Descriptivo, observacional, transversal y comparativo Objetivo: Identificar los factores que influyen en las enfermeras/os profesionales para que no realice correctamente sus notas de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado brindado a los pacientes hospitalizados en Abril 25 a Mayo 8 del 2011, en las áreas de: Cirugía, Medicina Interna, Gineco – Obstetricia y Pediatría pertenecientes al Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Conclusiones: El 92% de enfermeras/os conocen la importancia de realizar sus notas de enfermería correctamente, ya que manifiestan que son fundamentales para el cuidado continuo del paciente y la coordinación entre los miembros equipo de salud.

Por otra parte el 93% manifiesta que no existe un control de la calidad del contenido de las notas de enfermería por lo que no hay una exigencia en cuanto al correcto registro de las actividades enfermeras con relación al cuidado. A esto se suma la ausencia de programas educativos y guías metodológicas que indique la forma de realizar este tipo de documentación correctamente, manifestado por la gran parte del personal profesional encuestado.

Por otro lado según los resultados obtenidos con relación a las normas y características descriptivas con las que se debe cumplir las notas de enfermería se observó que no se detallan aspectos importantes del estado global de salud del paciente (14).

- **Galimany et al.** (España 2010) Tema: **Enfermería y nuevas tecnologías historia clínica electrónica.** Método: descriptivo observacional transversal. Objetivo: analizar la utilización que efectúan las enfermeras de la Historia Clínica Electrónica (HCE), así como valorar la percepción que tienen de la misma. Conclusiones: la percepción de la enfermera respecto a la HCE es positiva en cuanto a que proporciona continuidad asistencial y permite intercambiar información de los datos de salud del paciente (15).
- **Córdova, Sosa** (Perú-2010). Tema: **Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria del hospital III José Cayetano Heredia en Piura.** Método de estudio: cuantitativo, de corte transversal y descriptivo. Objetivo: Determinar la calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria. Conclusiones: La mayoría de los profesionales de enfermería presentan mala calidad en sus notas de enfermería, seguidos de un porcentaje significativo de regular calidad y sólo un mínimo porcentaje tiene notas de buena calidad. Todos los profesionales de enfermería hospitalaria estudiados tienen una mala calidad de las notas de enfermería en cuanto a objetividad, continuidad, vigencia y firma (16).
- **Cancela et al.** (Uruguay - 2010) Tema: **Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad.** Método: observacional, descriptivo, retrospectivo, cualitativo-cuantitativo, el estudio se realizó a 1080 historias clínicas. Objetivo: Evaluar si los registros de Enfermería en las historias clínicas de los



usuarios hospitalizados durante el mes de marzo de 2010 en el Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico cumplen con los estándares de calidad. Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros de manera que cumplan con los estándares de calidad y sobre el correcto llenado de la historia clínica no logran alcanzar valores óptimos (17).

### **III.2. BASE TEORICA**

El rol de la enfermera en una UCI es importante, su actividad es el núcleo del cuidado del paciente crítico; son múltiples y complejas las actividades que desarrolla el profesional de enfermería en una UCI, mantiene la observación constante de la evolución de los pacientes, cumple las indicaciones médicas, elabora el proceso de enfermería con los planes de cuidados en las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, como instalación de equipos para el monitoreo del paciente como monitores, ventiladores mecánicos, termómetros cutáneos, desfibriladores, equipos de diálisis, mantas térmicas, colchones neumáticos, entre otros. A la vez vigila e interpreta la actividad del corazón reflejada en los monitores, al igual que el funcionamiento de los equipos en general en una UCI.

Cabe mencionar que una enfermera intensivista actúa ante una emergencia y urgencia, participando en las maniobras de resucitación cardiorrespiratoria, masaje cardiaco externo, respiración artificial, desfibrilación, administra medicamentos previa indicación médica y realiza procedimientos más complejos. Asimismo prepara a los pacientes para las distintas pruebas diagnósticas, y ejecuta tratamientos y curaciones de diferentes tipos, tales como traqueotomía, colostomía, drenaje de tórax y otros (18).

El **cuidado** de enfermería y la continuidad de la misma se reflejan en los registros de enfermería, que son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual (19).

Estos registros de enfermería están integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole tanto profesional como legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos (20).

**La calidad de los registros de enfermería**, es el conjunto de atributos o cualidades que, aplicando el proceso de atención de enfermería brindada al usuario, durante las 24 horas del día, cumplen con las propiedades que permite dar continuidad del cuidado, avala el trabajo profesional de la enfermera, mejora la comunicación entre los profesionales de salud, ofrece cobertura legal a sus actuaciones, y sirve de argumento para solicitar el incremento de recurso humano. Esto permite a la vez evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados.

La finalidad de los registros de enfermería es la comunicación del proceso de atención o cuidados de enfermería a todo el equipo de enfermería y sanitario.

El proceso de registrar información vital cumple muchos propósitos importantes:

- ✓ Disponer de Información sobre los acontecimientos del paciente.
- ✓ Otorgar seguridad y continuidad en el cuidado del paciente las 24 horas del día.
- ✓ Planificar, facilitar y garantizar la calidad de atención al paciente.
- ✓ Proteger los intereses legales del paciente, el personal y la entidad prestadora del Servicio de Salud (21).

Hontagas, sobre la importancia de los registros de enfermería para el enriquecimiento de la disciplina, en el mantenimiento de las actividades propias del área, refiere que “la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional social y físico” (22).

Benavent reafirma su importancia para la profesión cuando expresa “el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta y permite diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo” (23).

En cuanto al **Contenido** de los registros se refiere al cumplimiento de datos que considere la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El cual considera aspectos de valoración, diagnóstico, planteamiento, ejecución y evaluación.

La enfermera aplica sus cuidados haciendo uso de un sistema de planificación PAE que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. *La valoración*

consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, obtenidas de distintas fuentes de la propia persona, familia, registros, exámenes y otros, que ayuda a identificar factores o situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales. *El diagnóstico de enfermería* es un enunciado que describe, diagnostica y trata las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales. *La planificación* es la etapa donde se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar, y/o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, identificados en la valoración. *La ejecución* es la puesta en práctica de los cuidados programados, consta de varias actividades como validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería. *La evaluación* consiste en comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (24).

Los miembros del equipo de cuidado de salud monitorizan y registran la evolución de los problemas de un cliente; la información se puede expresar en diversos formatos de notas estructuradas. Un método de datos es el SOAPIE: S – subjetivos (información obtenida a través de las verbalizaciones del cliente), O – objetivos (información obtenida a través de la observación o medición), A – análisis (valoración y diagnósticos establecidos basados en los datos obtenidos), P – plan (acciones planeadas por el cuidador para corregir o mejorar el problema), I – intervención, E – evaluación (25).

Existen diversos tipos o métodos de registros de enfermería entre ellos la documentación gráfica narrativa llamado el método tradicional de registro de los cuidados enfermeros; se trata simplemente de usar un formato similar a una historia para documentar la información específica de las enfermedades y los cuidados enfermeros de un cliente (26).

Existe también el registro orientado al problema, que considera la recogida de datos, identificación de diagnóstico de enfermería, intervención y evaluación; teniendo como dos componentes: la lista del problema, que consiste en acumulación de problemas reales o potenciales, y las notas de evaluación que son diseñadas para documentar la respuesta del paciente.

Se podría considerar al Gráficos Focus como un método organizado de evaluación de acciones y respuestas.

Otro tipo de registro de enfermería son los gráficos por excepción que se registra en una hoja de curso clínico para enfermería y médico, se usa las 24 horas, se registra la valoración y las intervenciones de enfermería; y entre otro tipo de registros están los computarizados en donde

se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado anteriormente y se utiliza varios enfoques (21).

El **Registro Electrónico** es la representación de datos e información que representa un grupo de datos en una pantalla de un computador que está conectado a una base de datos. Mediante este proceso sólo se cambian los datos de un lugar a otro dentro del espacio computacional. Para que la información sea significativa, un registro electrónico necesita de un usuario que la interprete. Uno de los beneficios importantes de este registro electrónico es que aumenta la eficiencia de los servicios de enfermería, ya que varios tipos de usuarios pueden ver el registro simultáneamente y seguir la continuidad del cuidado del respectivo paciente que está recibiendo el cuidado de enfermería.

Un registro electrónico de enfermería es una herramienta muy potente que facilita no solamente la seguridad del paciente, sino también la comunicación, entre los profesionales de Enfermería y sobre todo la forma en que la Enfermería hace patente la estructura de la ciencia del cuidado dejando ver el enfoque holístico que la caracteriza (27).

Cabe señalar que en el HGKF los registros de enfermería se complementan con el llenado de los siguientes datos en forma digital: constantes vitales, chequeo de escalas de valoración, interconsultas y confirmación electrónica de medicamentos. Dentro de las escalas priorizadas por enfermería en UCI se encuentra TISS-28 (Escala simplificada de intervenciones terapéuticas), BRADEN (Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión) y BARTHEL (Escala de valoración de grado de dependencia); puntaje de los cuales deben estar registrados dentro de los registros de enfermería.

En cuanto a la **Estructura** se refiere al cumplimiento de requisitos al momento de realizar los registros de enfermería en cada turno. La escritura de los registros debe ser, significativa, continua, clara y precisa, sin abreviatura, ni errores ortográficos, considerando fecha y hora en cada turno.

Según Iyer, todo registro de enfermería deberá tener las siguientes características:

- Objetividad, es decir, deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- Precisión y exactitud. Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Legibilidad y claridad. Deben ser claros y legibles.

- Simultaneidad. Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno aquello que no se debe anotar.
- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento descalificados al paciente.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeras.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal como ocurren.
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad (6).

Así mismo la norma técnica de la historia clínica del Ministerio de Salud (MINSA) establece que las notas de enfermería deben contener: notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente; funciones vitales, funciones biológicas, estado general, y evolución en el transcurso de la hospitalización, deberán anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado, debe anotarse en los tres turnos (mañana, tarde y noche) y en los casos especiales, según el caso lo requiera, el tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras, todas las anotaciones deben tener fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma (28).

Es de importancia considerar las implicancias legales en los registros de enfermería, por ser un documento legal. A nivel legal existen diferentes aspectos a considerar: contamos con la **Ley de la Enfermera**: Ley 27669 Artículo: Capítulo II De La Responsabilidad Y funciones De La Enfermera (o), **El secreto profesional**: se entiende como secreto profesional aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión, es decir, en el caso de las profesiones sanitarias, de la comunicación privilegiada profesional de la salud – paciente, por lo que constituye una obligación moral para el profesional de salud guardar en secreto las confidencias conocidas en el ejercicio de la profesión, **La Confidencialidad**: en el ámbito sanitario está comprendido en el artº.10. de la Ley General de Sanidad de 1986, conforme al cual los usuarios de la sanidad pública, tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso. El artº.61 garantiza también el derecho del enfermo a su intimidad personal y el deber de guardar el secreto

profesional "por quien en virtud de sus competencias tenga acceso a la historia del paciente". Salvaguardando la intimidad personal que queda sustraída a intromisiones extrañas, evitando la intromisión y/o divulgación de la intimidad de la persona en datos concretos relativos a su salud, etc., que puedan identificar a los afectados (29).

**Impericia:** daño producido por la falta total o parcial de conocimientos en el ejercicio de la acción, por ejemplo: asumir funciones y actividades sin la preparación o pericia requerida por desconocimiento o antigüedad en la profesión, **Imprudencia:** daño producido por falta de previsión o apresuramiento. Por ejemplo, incumplimiento de normas de bioseguridad, mantenimiento de condiciones ambientales inadecuadas, **Negligencia:** daño producido por descuido u omisión, por hacer menos de lo que se debe o indican las circunstancias: provocar quemaduras, lesiones y/o caídas por ausencia de protección adecuada, falta de detección de signos precoces de alarma, ausencia de verificación ante la colocación de sistemas y la **Inobservancia** de los deberes a su cargo: daño producido por incumplimiento de conductas esperadas. Por ejemplo, registros incompletos, abandono de servicio (30).

El segundo nivel es el deontológico donde es el derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo, a la intimidad y confidencialidad. Es también la obligación que tenemos las enfermeras de llevar a cabo nuestro trabajo desde la autonomía profesional, responsabilidad de nuestras acciones y el de contribuir al desarrollo profesional, teniendo, autonomía, veracidad, relación enfermera –paciente, buen criterio, sensibilidad a la práctica de enfermería y valores. Por ultimo tenemos el nivel profesional teniendo como, firmeza en la toma de decisiones, formación educativa y continua, compromiso firme con el servicio y educación, autonomía profesional, creencia en la dignidad y mérito de cada persona.

Cabe mencionar que los registros de enfermería son de gran importancia, tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente por medio de las intervenciones de cuidado. También son fundamentales para la institución prestadora de servicios, porque los registros forman parte de la calidad de atención ofertada por los profesionales de enfermería del equipo de salud.

Por ello existen factores que influyen en el desarrollo de la práctica clínica del profesional de enfermería para el cumplimiento de los registros de enfermería.

**Los factores personales de la/el enfermero:** son aquellos referidos a aspectos inherentes a las personas que afectan su conducta, que favorecen o desfavorecen una determinada acción, entre ellos podemos mencionar:

- La edad: que está estrechamente relacionada con las características del comportamiento de las personas.
- La formación académica: considera la relación directa entre la formación de una persona y la calidad de atención que ella brinde, ya que no es posible responder a las exigencias propias de un trabajo, sin los conocimientos básicos necesarios.
- Los años de experiencia: permite al trabajador desarrollarse mejor y con más seguridad en su trabajo.
- Formación en informática: el mundo de las tecnologías evoluciona a una rapidez mucho mayor de lo que lo hacen los profesionales que trabajan en el sector salud. Las instituciones de salud necesitan disponer de los profesionales más adecuados para garantizar una atención de calidad a los pacientes.

**Los factores institucionales:** se define a aquellos elementos relacionados con el proceso administrativo y de organización de la institución que favorecen o desfavorecen una determinada acción, entre ellos podemos mencionar:

- Falta de capacitaciones: la capacitación continua se debe considerar como función importante de la institución empleadora de trabajadores de salud, ya que esta constituye un factor importante que condiciona la calidad y el desempeño laboral y ayuda a mantener la satisfacción en el empleo.
- Reconocimientos institucionales: la necesidad de estimulación de un empleado, debe ser abordada mediante la asignación de tareas que pongan a prueba su habilidad, brindándole una retroalimentación en su desempeño, la valorización de su trabajo y a la vez, dándole la oportunidad al empleado de participar en la formulación de metas y la toma de decisiones.
- Supervisión permanente: Dentro del mismo hospital el trato inadecuado y la falta de supervisión de parte de las supervisoras, jefas o colegas, puede influir en la actitud y en el desempeño de las enfermeras y a veces inclusive los pequeños problemas como la falta de equipos en el momento adecuado, la dificultad para conseguir medicamentos o algún material en los lugares de aprovisionamiento hacen que la enfermera se sobrecargue de trabajo innecesariamente, lo que distrae esfuerzos inútilmente.

- Falta de dotación de personal profesional y sobrecarga de trabajo: ningún factor influye tan desfavorable en la atención de enfermería como la falta del propio personal de enfermería; lo cual va a generar la recarga de pacientes, saturación de actividades asistenciales del servicio y dentro de ello la elaboración de anotaciones de enfermería.



## **CAPÍTULO IV**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **IV.1. DISEÑO DE ESTUDIO**

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal.

#### **IV.2. ÁREA DE ESTUDIO**

Servicio de Unidad de cuidados intensivos del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el distrito de Villa María del Triunfo, departamento de Lima.

#### **IV.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estará constituida por todos los profesionales de enfermería (45) y sus registros electrónicos, de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente que cumplan con los siguientes requisitos:

##### **Criterios de Inclusión:**

- Profesional de enfermería asistencial de la UCI.
- Profesional de enfermería que acepte participar voluntariamente en el estudio.
- Personal que esté laborando por lo menos un mes en la unidad de cuidados intensivos.
- Profesionales que recibieron capacitación para el uso de los registros informatizados.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Profesional de enfermería que sólo realice funciones administrativas dentro de la UCI.
- Profesional de enfermería que se encuentre de vacaciones o de licencia por distintas razones.
- Personal que no haya recibido capacitación sobre el uso de los registros informatizados.
- Enfermeras (os) de licencia.

#### IV.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<b>CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA</b>	<p>La calidad de los registros de enfermería es el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con las propiedades, que permiten dar continuidad del cuidado, avala el trabajo profesional de la enfermera, mejora la comunicación entre los profesionales de salud, y sirve de argumento para solicitar el incremento de recurso humano. Esto permite a la vez evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados.</p>	<b>ESTRUCTURA</b>	<p>Es la forma de los registros de enfermería de manera sistemática sobre la recolección de los datos del usuario; priorizando los problemas. Debiendo tener las siguientes características: significativas, continuas, claras y precisas, sin abreviaturas, ni errores ortográficos, considerando fecha y hora en cada turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SIGNIFICATIVA</b></li> <li>• <b>CONTÍNUA</b></li> <li>• <b>COMPRENSIBLE</b></li> <li>• <b>PRECISA</b></li> <li>• <b>LIBRE DE ERRORES</b></li> </ul>
		<b>CONTENIDO</b>	<p>Es un documento legal como medio de soporte de un hecho o acto realizado por el profesional de enfermería en el ejercicio de sus funciones, prestada a un usuario de forma integral, aplicando el método científico conocido como el Proceso de Atención de enfermería (PAE) que considera aspectos de valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VALORACIÓN</b></li> <li>• <b>DIAGNÓSTICO</b></li> <li>• <b>PLANEAMIENTO</b></li> <li>• <b>EJECUCIÓN</b></li> <li>• <b>EVALUACIÓN</b></li> </ul>

<p><b>FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA</b></p>	<p>Son todos aquellos elementos, situaciones, comportamientos o características de índole personal o institucional que pueden condicionar el desarrollo de la práctica clínica del profesional de enfermería en el cumplimiento de los registros de enfermería</p>	<p><b>FACTORES PERSONALES</b></p>	<p>Son aquellos referidos a aspectos inherentes a las personas que afectan su conducta, que favorecen o desfavorecen el llenado de los registros de Enfermería de una unidad de cuidado intensivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EDAD</b> 20 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – más</li>   <li>• <b>FORMACIÓN ACADEMICA</b> Licenciada Especialista Magister Doctor/a</li>   <li>• <b>AÑOS DE EXPERIENCIA</b> 0 – 5 6 – 10 11 – 15 16 – 20 21 - más</li>   <li>• <b>FORMACIÓN EN INFORMÁTICA</b> Básica Intermedio Avanzado</li> </ul>
--	--	-----------------------------------	--	--

		<p><b>FACTORES INSTITUCIONALES</b></p>	<p>Son los elementos relacionados con el proceso administrativo y de organización de la institución, que favorecen o desfavorecen la calidad de los registros, los cuales pueden ser: conocimiento de los estándares de la institución, capacitación, dotación de personal profesional, dotación de materiales y carga laboral.</p>	<p><b>Si</b> <b>No</b></p>
--	--	--	---	--------------------------------

## IV.5. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez finalizado la elaboración del proyecto de investigación, se procederá con los siguientes pasos:

El proyecto será presentado al Comité de Investigación y Ética de la UPCH para su revisión y aprobación, posteriormente será entregado al Dirección de Capacitación del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente para su revisión, aprobación y obtención de los permisos respectivos según normas.

Los instrumentos del estudio, el cuestionario y la Guía de observación, serán sometidos a juicio de expertos para su validación.

Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de investigación y la obtención del permiso por las autoridades del Hospital, se realizarán las coordinaciones con la Jefatura de la UCI para dar inicio a la ejecución del proyecto, en esta etapa se brindará información sobre el proyecto, su importancia y la necesidad de la participación de los profesionales de enfermería en el mismo; se realizará la aplicación del consentimiento informado (Anexo 1) a los profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de UCI del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

Respecto a las técnicas de recolección de datos, en el presente proyecto se contemplan dos (02) técnicas de recolección, la primera es una entrevista personal cara a cara con los profesionales de enfermería de la UCI, para lo cual se hará uso como instrumento un cuestionario (Anexo 3) y la segunda técnica consiste en la observación directa de los registros electrónicos de los profesionales de enfermería, utilizaremos para ello una Guía de Observación (Anexo 2).

Ambos instrumentos serán sometido a la validación de constructo y contenido a juicio de expertos, conformado por Enfermeras Docentes de la Especialidad de Cuidados Intensivos a fin de recomendaciones para potenciar los instrumentos. Los resultados obtenidos por los jueces serán sometidos a prueba binomial, y se consideraran un error se significancia que no supere  $p > 0.05$ . Se someterá así mismo a prueba de confiabilidad con Alfa de Crombach, con valor sobre 0.5

**Cuestionario:** para recolectar datos de la variable factores que influyen en el profesional de enfermería y que está conformado por 14 preguntas con opciones de respuesta, divididas en 3 partes, la primera parte que consta de datos generales, la segunda parte de factores personales con 7 preguntas sobre preparación académica, experiencia laboral y conocimientos, la tercera parte del cuestionario son 7 preguntas relacionadas a factores institucionales, donde se indaga sobre la capacitación al personal, la dotación de materiales y la carga laboral.

Las preguntas del cuestionario, incluidas el nivel de significancia de conocimientos, serán medidas con la escala nominal Si o No, se utilizara también el CHI – CUADRADO

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

A su vez se utilizará tablas para valorar los factores que influyen en la evaluación de la calidad de los registros de enfermería.

F. P	CALIDAD						TOTAL
	Menor de 20 Items		20 – 35 Items		36 – 50 Items		
	MALA		REGULAR		BUENA		
EDAD	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
20 - 30							
31 - 40							
41 - 50							
51 - más							

F.P	CALIDAD						TOTAL
	Menor de 20 Items		20 – 35 Items		36 – 50 Items		
	MALA		REGULAR		BUENA		
GRADO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Licenciado							
Especialista							
Magister							
Doctor/a							

F. P	CALIDAD						
	Menor de 20 Items		20 – 35 Items		36 – 50 Items		TOTAL
	MALA		REGULAR		BUENA		
Años de Experiencia	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0 – 5							
6 – 10							
11 - 15							
16 – 20							
21 – más							

F. P	CALIDAD						
	Menor de 20 Items		20 – 35 Items		36 – 50 Items		TOTAL
	MALA		REGULAR		BUENA		
Grado de formación en informática	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Básica							
Intermedio							
Avanzado							

F.I	CALIDAD					
	Menor de 20 Items		20 - 35 Items		36 - 50 Items	
	MALA		REGULAR		BUENA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿.....?						

**Guía de Observación:** Este instrumento tiene por finalidad medir el cumplimiento de las características en la elaboración de los registro de enfermería, consta de 50 Ítems, cada uno de

los cuales representan actividades que el profesional de enfermería debe realizar, con opciones de respuesta dicotómicas, SI realiza la actividad o NO realiza la actividad. La medición de este instrumento será a través de la Tabla de distribución de frecuencia para los ítems de los indicadores donde se designa los siguientes valores:

**NO** equivale a **0**

**SI** equivale a **1**

## TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LOS ÍTEMS DE LOS INDICADORES

### ESTRUCTURA

#### SIGNIFICATIVA

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	Utiliza una regla mnemotécnica para organizar los registros. VIRA, valoración, intervención, respuesta, acción. DAR, datos, acción, respuesta. DIE, datos, intervención, evaluación. PIE, problemas, intervención, evaluación.				
<b>2</b>	Están realizados de acuerdo al Modelo narrativo SOAPIE				
<b>3</b>	Toma en cuenta el marco lógico que implica: Diagnosticar, intervenir y evaluar.				
<b>4</b>	Proporciona información exacta, objetiva y organizada, analizando lo que se dice y cómo se dice.				
<b>5</b>	Hace una afirmación de un acontecimiento relacionada al paciente, acompañada de la evidencia.				

#### CONTINUA

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>6</b>	Registra en orden cronológico los acontecimientos. El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas.				
<b>7</b>	Utiliza formatos establecidos por la institución, para la realización los registros				
<b>8</b>	Proporciona la descripción y la secuencia temporal de los acontecimientos respondiendo a las preguntas “¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?”.				
<b>9</b>	Registra las intervenciones de enfermería sobre los nuevos signos y/o síntomas, destacando si la evolución es favorable o no.				
<b>10</b>	El plan de cuidados es prospectivo: se registra antes del cuidado. El resto de actividades, las curas y demás se registran retrospectivamente.				



## COMPREENSIBLE

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO	N°	%
11	Utiliza lenguaje que indica actitud negativa hacia el paciente				
12	Presenta información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares				
13	La información subjetiva de enfermería está apoyada por hechos documentados.				
14	Son específicas, no utiliza términos vagos.				
15	Se ciñe a los hechos, evita juicios de valor:				

## PRECISA

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO	N°	%
16	Los hechos están registrados de forma clara, concisa				
17	Usa términos ambiguos.				
18	Consta con fecha y hora de la enfermera responsable con categoría profesional.				
19	Las observaciones de enfermería están expresadas en términos cuantificables.				
20	Utiliza solo abreviaturas de uso común.				

## LIBRES DE ERRORES

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO	N°	%
21	Los registros de enfermería son correctas ortográfica y gramaticalmente				
22	Presentan errores informatizadas en los registros de enfermería				
23	Existen espacios en blanco.				
24	Corrige errores asegurándose que se mantiene la información original visible: con una raya encima, sin borrar lo registrado anteriormente.				
25	Indica los nombres de los profesionales que participan en el cuidado para que se sepa a quién acudir.				

## CONTENIDO

### VALORACIÓN

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>26</b>	Describe la apariencia general				
<b>27</b>	Describe el aspecto emocional				
<b>28</b>	Determina el estado de conciencia				
<b>29</b>	Detallan Signos y síntomas				
<b>30</b>	Describe las características y aspecto de las Eliminaciones				

### DIAGNOSTICO

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>31</b>	Registra los diagnósticos de enfermería establecidos por la Nanda.				
<b>32</b>	La primera parte del Diagnóstico de enfermería identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.				
<b>33</b>	Los diagnósticos de enfermería se basan en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el paciente.				
<b>34</b>	Utiliza la priorización del problema del paciente				
<b>35</b>	Menciona signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.				

### PLANTEAMIENTO

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>36</b>	Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos.				
<b>37</b>	Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar.				
<b>38</b>	Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología (NIC).				
<b>39</b>	Establece los resultados esperados en base al problema.				
<b>40</b>	Realiza el plan de cuidados de enfermería.				

## EJECUCIÓN

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO	N°	%
41	Antes de ejecutar y registrar una intervención, vuelve a valorar al paciente para asegurarse de que aún es necesario.				
42	Registra y basa las intervenciones de enfermería en conocimientos científicos, investigaciones de enfermería y estándares profesionales de cuidados (práctica basada en la evidencia) siempre que sea posible.				
43	Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna.				
44	Registra de manera precisa los incidentes adversos con el tratamiento subsiguiente.				
45	Registra precauciones a adoptar ante el paciente/situación concreta (riesgo de caídas, de úlceras por presión).				

## EVALUACIÓN

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO	N°	%
46	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)				
47	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.				
48	Actualmente utilizan los registros de enfermería para monitorear la evolución de los pacientes.				
49	Registra las medidas de prevención y seguridad aplicadas y su impacto en el paciente.				
50	Evalúa al paciente al finalizar su turno				

## IV.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez aplicado los instrumentos, se realizará la codificación manual de la información asignándole códigos numéricos a las diferentes categorías de respuesta a cada pregunta del cuestionario y de la lista de chequeo, para ello se hará uso del SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se crearán y editarán los archivos, se tabulará las variables y se efectuará el análisis estadístico según corresponda.

Se realizará el análisis estadístico descriptivo teniendo en cuenta los objetivos del estudio y las variables a estudiar; se obtendrán las distribuciones de frecuencias, medias, promedios y desviación estándar. Se analizará la interrelación con cuadros de contingencias.

Los datos recolectados de cada enfermero (a) serán clasificados estadísticamente para Evaluar la calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen, en la unidad de cuidado intensivo según la escala de clasificación según la técnica de Estanino.

### **ESCALA DE CLASIFICACIÓN SEGÚN TÉCNICA DE ESTANINO**

#### **Determinación de los puntos de corte**

A= Promedio - 0.75 x desviación std

B= Promedio + 0.75 x desviación std

#### **ESCALA**

#### **CLASIFICACIÓN**

$< A$ (20)	Bajo	equivale a	<b>1</b>
A-B (20-35)	Medio	equivale a	<b>2</b>
$> B$ (36-50)	Alto	equivale a	<b>3</b>

Ficha	Item 1	Item 2	Item 5...	Item 50	Total	CALIDAD
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						
<b>5</b>						
<b>6</b>						
<b>7</b>						
<b>8</b>						
<b>.</b>						
<b>.</b>						
<b>.</b>						
<b>45</b>						

## CAPÍTULO V

### CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

#### V.1 PRINCIPIOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación al ser un estudio descriptivo transversal no incurrirá en ninguna intervención directa hacia el paciente y se desarrollará teniendo en cuenta y respetando los principios bioéticos; la autonomía, puesto que solo se considerarán como participantes aquellos profesionales de enfermería que accedan voluntariamente, sin incurrir en ningún tipo de coacción, para ello se brindará información sobre el proyecto y su importancia para el cuidado y la enfermería, se hará uso del consentimiento informado (Anexo 1) a los profesionales de enfermería.

Se cuidará de cumplir con los siguientes principios éticos:

- Beneficencia, ya que el fin último del presente estudio está orientado hacia la mejora de la atención buscando la satisfacción plena de las necesidades en salud de la persona enferma y su recuperación pronta.
- No maleficencia, puesto que no se contempla ninguna acción que pueda perjudicar y/o empeorar la situación crítica de los pacientes. Así mismo se aplicara en todo momento las normas del comité de ética de la institución donde se realizará el estudio así como de la institución universitaria.
- Justicia es atender con prioridad, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falte cuando más se necesite.

La Confidencialidad de los datos e información que se obtengan de los profesionales y desde los pacientes serán protegidos según normas.

La autonomía refleja que la prioridad en la toma de decisiones relacionado con la enfermedad es del paciente, el cual decide lo que es conveniente para él durante el proceso de salud enfermedad. La toma de decisiones es un derecho que requiere de información adecuada, conocida esta práctica como el consentimiento informado.

## V.2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio, considerando y respetando la autonomía de las personas en la toma de sus propias decisiones, aplicará, previo uso de los instrumentos, el consentimiento informado a la población de enfermeros a quienes está dirigido el estudio, donde se les brindará información sobre la naturaleza del estudio, objetivos y otros datos relevantes. Sólo se considerarán como sujetos de estudio a aquellos profesionales que acepten voluntariamente y sin ningún medio de coacción la firma del consentimiento. (Ver anexo)

## V.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
	15	15	15	15	15	15	15	16	16	16	16
Búsqueda del problema a investigar	X	X	X								
Búsqueda del título adecuado	X	X	X								
Determinación del diagnóstico situacional del lugar de investigación	X	X									
Formulación del problema	X	X									
Recolección de antecedentes de la investigación	X	X									
Elaboración de las bases teóricas		X	X								
Formulación de objetivos e hipótesis del estudio		X	X								
Elección de la metodología de estudio		X	X								
Elaboración y validación de instrumentos para la recolección de datos			X								
Elaboración de solicitudes juicio de expertos			X								
Asesorías					X	X	X	X	X	X	
Presentación del proyecto											X

#### V.4. Presupuesto

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	<b>Recursos Humanos</b>			
	Asesores	1	S/.....	S/.....
	Estadístico	2	S/. 30.00	S/. 60.00
2	<b>Recursos Materiales</b>			
	Útiles de Oficina			
	Hojas	500	S/. 0.03 x hoja	S/. 15.00
	lapiceros	12	S/. 0.50	S/. 6.00
	Impresiones	400	S/. 0.40	S/. 160.00
	Copias	500	S/. 0.10	S/. 50.00
3	<b>Servicios</b>			
	Comunicación Telefónica			S/. 150.00
4	<b>Viáticos y Transporte</b>			
	Refrigerio (3)	12	S/. 7.00	S/. 252.00
	Movilidad (3)	24	S/. 1.50	S/. 108.00
<b>Total</b>				<b>S/. 801.00</b>

## REFERENCIAS

1. Munro N. La evaluación basada en la evidencia: no más orgullo o el prejuicio. AACN Cuestiones Clin 2004; 15 (4): 501-5. Disponible en: <http://acc.aacnjournals.org/>
2. Alfaro-Lefevre R. Descripción general del proceso de enfermería. En: Kogut H, editor. La aplicación de proceso de enfermería. 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 4-41. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=MQ-nyfiBelwC&oi=fnd&pg=PA2&dq=alfaro+lefevre&ots=evVUhgsfCd&sig=CM5WOrQt9guDWOprif29dJnDzUk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=alfaro%20lefevre&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=MQ-nyfiBelwC&oi=fnd&pg=PA2&dq=alfaro+lefevre&ots=evVUhgsfCd&sig=CM5WOrQt9guDWOprif29dJnDzUk&redir_esc=y#v=onepage&q=alfaro%20lefevre&f=false)
3. Vaz AF, Macedo DD, Montagnoli ETL, Lopes MHB, Grion RC. Aplicación del proceso de enfermería en una unidad de radioterapia: la construcción de un instrumento de registro. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10 (3): 288-97. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692002000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692002000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
4. Guante A. Estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal. Utilización de las tics en la elaboración de planes de cuidados de enfermería. [Tesis] España – 2014 Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12108/1/TFG-H264.pdf>
5. MINSA. Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud. Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. 2004. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/46/Norma%20T%E9cnica%20Unidad%20Cuidados%20Intensivos.pdf>
6. Iyer W, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. Nursing, 10 (3): 40- 44. 1992. Disponible en: [www.fudden.es/protocolos\\_obj.cfm?ID\\_protocolo=80&fibinicio=1&paginación=6-20k-](http://www.fudden.es/protocolos_obj.cfm?ID_protocolo=80&fibinicio=1&paginación=6-20k-)
7. Potter, P., & Perry, A. (1996). Fundamento de Enfermería: Teoría y Práctica (Tercera ed.). Madrid, España: HarcourtBrace.
8. Potter, P., & Perry, A. (2007). Fundamentos de Enfermería (Quinta ed., Vol. 1). Madrid, España: ElsevierMosby.
9. Batista, Ciqueto. Estudio de tipo exploratorio descriptivo. Evaluación del desempeño funcional y calidad técnica de un Sistema de Documentación Electrónica del Proceso de Enfermería [Tesis] Brasil - 2015 Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es\\_0104-1169-rlae-3562-2548.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-3562-2548.pdf)
10. Gómez Y. Valoración clínica y calidad de los registros de enfermería en cuidados intensivos. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería Intensivista). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4319?mode=full>



11. Aedo et al. Estudio de tipo cualitativo, descriptivo. Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas [Tesis] Chile – 2012. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400021](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400021)
12. De Souza OC. Estudio de tipo Cualitativa. Evaluación y mejora de registro de la Valoración de Enfermería en un Hospital de Brasil (tesis maestría). Brasil: Universidad de Murcia; 2012.
13. Ramos et al. Estudio de tipo Descriptivo y de Corte transversal. Calidad de El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (tesis maestría). México: INNN; 2011.
14. Chipre J. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital de Guayaquil Dr. Abel Gilbert Ponton. [Tesis]. Guayaquil, 2011 Disponible en:  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/799/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-27.pdf>.
15. Galimany et al. Estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal. Enfermería y nuevas tecnologías historia clínica electrónica. [Tesis] España 2010 Disponible en:  
<https://medes.com/publication/76720>
16. Córdova et al. Estudio cuantitativa, prospectiva, de corte transversal y descriptiva de Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria del hospital III José Cayetano Heredia en Piura Perú: Universidad de Piura; 2010. Disponible en:  
<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/18681.pdf>
17. Cancela et al. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad [Tesis] Uruguay – 2010 Disponible en:  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2515/1/FE-0345TG.pdf>
18. Méndez G, Morales MA, Preciado ML, Ramírez MR, Sosa V, Jiménez MC. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2001; 9(1-4): 11-17 Disponible en:  
[http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2008/febrero/patologiaacardiaca.htm](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2008/febrero/patologiaacardiaca.htm)
19. Ortiz Carrillo, O., Del Socorro Chávez, M. (2006). El registro de enfermería como parte del cuidado. Recuperado el Abril de 2011, de  
<Http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20>
20. García Ramírez, S., Navío Marco, A. M., Valentín Morganizo, L. (2007). Normas Básicas para la elaboración de los registros de enfermería. recuperado el Abril de 2011, de  
[http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF\\_protocolo28.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf)
21. Cuaresma CG, Castillo LF. Guía para elaborar proceso, registros, protocolo y cuidado de enfermería. 3 Ed. Rodhas: Perú; 2004

- 22.** Hontangas A. Calidad en los registros de enfermería. 2010  
<http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>
- 23.** Benavent G., Leal C. Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales Disponible en : <http://www.bioeticaweb.com/los-registros-de-enfermerasa-consideraciones-actico-legales-benavent-garcacs-y-leal-cercass/>
- 24.** Méndez G, Morales MA, Preciado ML, Ramírez MR, Sosa V, Jiménez MC. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2001; 9(1-4): 11-17 Disponible en:  
[http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2008/febrero/patologi acardiaca.htm](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2008/febrero/patologi acardiaca.htm)
- 25.** Potter, P., & Perry, A. (1996). Fundamento de Enfermería: Teoría y Práctica (Tercera ed.). Madrid, España: HarcourtBrace.
- 26.** Potter, P., & Perry, A. (2007). Fundamentos de Enfermería (Quinta ed., Vol. 1). Madrid, España: ElsevierMosby.
- 27.** Hullin, C. Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad [http://www.mediterraneo.cl/documentos/catalogo/extracto\\_978-956-220-308-1.pdf](http://www.mediterraneo.cl/documentos/catalogo/extracto_978-956-220-308-1.pdf)
- 28.** Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica, resolución ministerial – MINSa 2006. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/RM597-2006-MINSA%20-%20NT%20022%20Gestion%20de%20Historia%20Clinica%20v2.0.pdf>
- 29.** Arroyo G, et al. Ética y Legislación en Enfermería. 2 Ed. McGraw-Hill: Madrid; 1997
- 30.** Pastor G, et al. Manual de Ética y Legislación en Enfermería. 1 Ed. Mosby: Madrid; 1997

# ANEXOS

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ por el presente, estoy de acuerdo en participar en el Estudio de Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en una unidad de cuidado intensivo del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, abril – julio 2015. He sido informado por los investigadores de los objetivos del estudio, el cual pretende Evaluar la calidad de los registros de enfermería en la unidad de cuidado intensivo del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente por medio de un instrumento realizado por los investigadores para detectar las falencias en la elaboración de éstas. He sido informado que la investigación se justifica por las siguientes consideraciones: Investigar qué tanto están asociados los conocimientos acerca de la elaboración de los registros de enfermería. Dejo constancia de que he sido enterado y de que conozco los riesgos que implica esta investigación, el cual es inferior al mínimo ya que no existe ningún tipo de método invasivo que represente riesgo físico. Igualmente conozco los beneficios de la investigación, tales como, ver claramente la elaboración de los registros de enfermería en nuestro contexto de la UCI por parte del profesional de enfermería para buscar realmente mecanismos y estrategias de mejoramiento en la elaboración de estas. La duración estimada de la aplicación del cuestionario son 30 minutos. Entiendo que tengo derecho a retirarme del estudio en cualquier momento. Por el presente autorizo a los investigadores de éste estudio de publicar la información obtenida como resultado de mi participación en el estudio, en revistas científicas y otros medios académicos, legales, y de permitirles revisar mi historia clínica, guardando la debida CONFIDENCIALIDAD de mi nombre y apellidos, la cual estipula que la presente investigación se clasifica como una investigación de riesgo mínimo. Entiendo que todos los documentos que revelen mi identidad serán confidenciales.

Firma de los Investigadores:

\_\_\_\_\_  
Cynthia Figueroa

\_\_\_\_\_  
Karim Mejía

\_\_\_\_\_  
Karina Santa cruz

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 2**  
**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y  
LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN UNA UNIDAD DE CUIDADO  
INTENSIVO DEL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE**

**OBJETIVO GENERAL:** *Evaluar la calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen, en una unidad de cuidado intensivo del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.*

**DATOS GENERALES:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

**ESTRUCTURA**

**SIGNIFICATIVA**

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	Utiliza una regla mnemotécnica para organizar los registros. VIRA, valoración, intervención, respuesta, acción. DAR, datos, acción, respuesta. DIE, datos, intervención, evaluación. PIE, problemas, intervención, evaluación.		
<b>2</b>	Están realizados de acuerdo al Modelo narrativo SOAPIE		
<b>3</b>	Toma en cuenta el marco lógico que implica: Diagnosticar, intervenir y evaluar.		
<b>4</b>	Proporciona información exacta, objetiva y organizada, analizando lo que se dice y cómo se dice.		
<b>5</b>	Hace una afirmación de un acontecimiento relacionada al paciente, acompañada de la evidencia.		

**CONTINUA**

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>6</b>	Registra en orden cronológico los acontecimientos. El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas.		
<b>7</b>	Utiliza formatos establecidos por la institución, para la realización los registros		
<b>8</b>	Proporciona la descripción y la secuencia temporal de los acontecimientos respondiendo a las preguntas “¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?”.		
<b>9</b>	Registra las intervenciones de enfermería sobre los nuevos signos y/o síntomas, destacando si la evolución es favorable o no.		
<b>10</b>	El plan de cuidados es prospectivo: se registra antes del cuidado. El resto de actividades, las curas y demás se registran retrospectivamente.		

**COMPRENSIBLE**

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>11</b>	Utiliza lenguaje que indica actitud negativa hacia el paciente		
<b>12</b>	Presenta información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares		
<b>13</b>	La información subjetiva de enfermería está apoyada por hechos documentados.		
<b>14</b>	Son específicas, no utiliza términos vagos.		
<b>15</b>	Se ciñe a los hechos, evita juicios de valor:		

**PRECISA**

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>16</b>	Los hechos están registrados de forma clara, concisa		
<b>17</b>	Los hallazgos están descritos de manera meticulosa (tipo, forma, tamaño y aspecto).		
<b>18</b>	Usa términos ambiguos.		
<b>19</b>	Consta con fecha y hora de la enfermera responsable con categoría profesional.		
<b>20</b>	Las observaciones de enfermería están expresadas en términos cuantificables.		
<b>21</b>	Utiliza solo abreviaturas de uso común.		

## LIBRES DE ERRORES

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO
22	Los registros de enfermería son correctas ortográfica y gramaticalmente		
23	Presentan errores informatizadas en los registros de enfermería		
24	Existen espacios en blanco.		
25	Corrige errores asegurándose que se mantiene la información original visible: con una raya encima, sin borrar lo registrado anteriormente.		
26	Indica los nombres de los profesionales que participan en el cuidado para que se sepa a quién acudir.		

## CONTENIDO

### VALORACIÓN

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO
27	Describe la apariencia general		
28	Describe el aspecto emocional		
29	Determina el estado de conciencia		
30	Detallan Signos y síntomas		
31	Describe las características y aspecto de las Eliminaciones		

### DIAGNOSTICO

	CARACTERÍSTICAS	SI	NO
32	Registra los diagnósticos de enfermería establecidos por la Nanda.		
33	Conoce los componentes de los diagnósticos enfermeros aprobados por la Nanda (etiqueta descriptiva, definición, características definitorias y factores etiológicos)		
34	La primera parte del Diagnóstico de enfermería identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.		
35	Los diagnósticos de enfermería se basan en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el paciente.		
36	Invierte el orden de las partes del Diagnóstico.		
37	Utiliza la priorización del problema del paciente		
38	Menciona signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.		
39	Indica el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.		

## PLANTEAMIENTO

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>40</b>	Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos.		
<b>41</b>	Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar.		
<b>42</b>	Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología (NIC).		
<b>43</b>	Establece los resultados esperados en base al problema.		
<b>44</b>	Realiza el plan de cuidados de enfermería.		

## EJECUCIÓN

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>45</b>	Antes de ejecutar y registrar una intervención, vuelve a valorar al paciente para asegurarse de que aún es necesario.		
<b>46</b>	Registra y basa las intervenciones de enfermería en conocimientos científicos, investigaciones de enfermería y estándares profesionales de cuidados (práctica basada en la evidencia) siempre que sea posible.		
<b>47</b>	Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna.		
<b>48</b>	Registra de manera precisa los incidentes adversos con el tratamiento subsiguiente.		
<b>49</b>	Registra precauciones a adoptar ante el paciente/situación concreta (riesgo de caídas, de úlceras por presión).		

## EVALUACIÓN

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>50</b>	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)		
<b>51</b>	Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.		
<b>52</b>	Actualmente utilizan los registros de enfermería para monitorear la evolución de los pacientes.		
<b>53</b>	Registra las medidas de prevención y seguridad aplicadas y su impacto en el paciente.		



**ANEXO 3**  
**CUESTIONARIO**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y  
LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN UNA UNIDAD DE CUIDADO  
INTENSIVO DEL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE**

**OBJETIVO GENERAL:** *Evaluar la calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen, en una unidad de cuidado intensivo del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.*

**I. DATOS GENERALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

**II. FACTORES PERSONALES:**

1) ¿Qué edad tiene usted?

20 – 30

31 – 40

41 – 50

51 – más

2) ¿Cuál de estos títulos o grados ha obtenido?

Licenciada

Especialista

Magister

Doctor/a

3) ¿Ha recibido reconocimiento institucional a su labor?

a. Si

b. No

- 4) ¿Cuántos años de experiencia tiene ejerciendo en la UCI?
- a. 0 – 5
  - b. 6 – 10
  - c. 11 – 15
  - d. 16 – 20
  - e. 21 – más
- 5) ¿El tiempo de servicio en UCI influye en el personal de enfermería para el llenado de los registros de enfermería?
- a. Si
  - b. No
- 6) ¿Qué grado de formación en informática tiene?
- a. Básica
  - b. Intermedio
  - c. Avanzado

### **III. FACTORES INSTITUCIONALES:**

- 7) ¿Ha recibido orientación sobre los estándares de la institución en el manejo de los registros de enfermería?
- a. Si
  - b. No
- 8) ¿Existe un plan de capacitación continua relacionada a los registros de enfermería por parte de la institución?
- a. Si
  - b. No
- 9) ¿Ha recibido capacitaciones continuas relacionadas a los registros de enfermería?
- a. Si
  - b. No

10) ¿Ha recibido algún reconocimiento institucional?

- a. Si
- b. No

11) ¿La institución le brinda facilidades para asistir a cursos de actualización relacionados a los registros de enfermería?

- a. Si
- b. No

12) ¿Ha recibido supervisión permanente?

- a. Si
- b. No

13) ¿Evaluar permanentemente el llenado de los registros de enfermería en el servicio de UCI, fortalecería a la profesión e influiría en la carrera de enfermería?

- a. Si
- b. No

14) ¿Considera que el personal de enfermería es suficiente para el servicio de UCI?

- a. Si
- b. No