

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO
HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
CORONARIOS, HOSPITAL OBRERO N°1, ENERO A OCTUBRE,
GESTIÓN 2021**

POSTULANTE: Lic. Wilma Apaza Mamani

TUTORA: Lic. M.Sc. Edith Ajata Forra

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA
INTENSIVA**

**La Paz – Bolivia
2022**

DEDICATORIA

A Dios por guiarme siempre por el buen camino y darme fuerzas para seguir adelante en los momentos difíciles.

A mi madre y padre, que siempre estuvieron para apoyarme con espíritu alentador y corregirme para lograr mis metas.

A mis hermanas por no permitir que no decaiga cuando se me acababa las fuerzas para continuar.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme sabiduría para culminar este privilegiado grado académico, el cual es una etapa muy importante para mi vida.

A mí querida Tutora Mg. Edith Ajata Forra por guiarme, apoyarme en el desarrollo de esta investigación, le agradezco por compartir sus conocimientos.

A los tribunales evaluadores por su asesoramiento, lo que facilitó la exitosa culminación de esta tesis.

A la Unidad de postgrado de Facultad de Medicina por su eficiente enseñanza.

Al Hospital Obrero Nro. 1, por permitirme ingresar a su recinto para la revisión de historias clínicas, lo que facilitó la investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1. Antecedentes internacionales	3
2.2. Antecedentes Nacionales	17
III. JUSTIFICACIÓN	20
3.1. Justificación teórica.....	20
3.2. Justificación metodológica	20
3.3. Justificación práctica	21
IV. MARCO TEÓRICO	22
4.1. Marco Histórico	22
4.1.1. Historia de los registros enfermeros	22
4.2. Marco Conceptual.....	23
4.2.1. Registro	23
4.2.2. Registro de enfermería.....	23
4.2.3. Calidad de registros de enfermería	24
4.2.4. Historia Clínica	25
4.2.5. Guía de práctica clínica de enfermería (GPCE)	26
4.2.6. Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios	26
4.3. Marco Jurídico	27
4.3.1. Norma Oficial Mexicana-NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicado el 15 de octubre de 2012.....	27
4.3.2. Norma de American Nurses Association (ANA)	28
4.3.3. Norma JCAHO.....	29

4.4.	Normatividad legal de registros de enfermería a Nivel Nacional:.....	29
4.4.1.	Norma Técnica del Manejo del Expediente Clínico en Bolivia.....	29
4.4.2.	Resolución Departamental N° 1106 Santa Cruz de la Sierra, de 24 de mayo de 2021.....	31
4.5.	Registros de enfermería según su estructura	32
4.5.1.	Objetividad	32
4.5.2.	Precisión y exactitud.....	33
4.5.3.	Legibilidad y Claridad	33
4.5.4.	Simultaneidad y concisión	35
4.6.	Registros de Enfermería según su contenido	35
4.6.1.	Valoración	35
4.6.2.	Diagnóstico.....	39
4.6.3.	Planificación	41
4.6.4.	Ejecución.....	41
4.6.5.	Evaluación.....	42
4.7.	Código Deontología de Enfermería en México “Ley 911 de 2004 para la creación de registros”	43
4.8.	Código de ética y deontología médica en Bolivia.....	44
4.9.	Registro de enfermería desde el punto de vista moral y profesional ...	45
4.10.	Los registros de Enfermería desde la Perspectiva Ética.....	45
4.11.	Fines de los registros de enfermería.....	46
4.12.	Modelos de anotaciones de Enfermería.....	48
4.13.	Marco Referencial.....	49
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
5.1.	Pregunta de investigación.....	52

VI. OBJETIVOS	53
6.1. Objetivo General	53
6.2. Objetivos Específicos.....	53
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	54
7.1. Tipo de estudio	54
7.2. Área de estudio.....	55
7.3. Población y muestra.....	55
7.3.1. Población.....	55
7.3.2. Muestra	55
7.4. Criterio de inclusión y exclusión.....	57
7.4.1. Criterio de inclusión	57
7.4.2. Criterios de exclusión	58
7.5. Operacionalización de variables	59
7.6. Técnicas y procedimiento	61
7.7. Plan de análisis.....	61
7.7.1. Instrumentos de colección de datos	61
7.8. Aspectos éticos.....	62
VIII. RESULTADOS	63
8.1. Resultados de los registros según su estructura.....	63
8.2. Resultados de los registros según su contenido.....	68
IX. DISCUSIÓN	73
X. CONCLUSIONES	75
XI. RECOMENDACIONES	77
XII. BIBLIOGRAFÍA	79

XIII. ANEXOS	88
---------------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: objetividad, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	63
Tabla N° 2	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: precisión y exactitud realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	64
Tabla N° 3	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: legibilidad y claridad realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	66
Tabla N° 4	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: simultaneidad y concisión realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a febrero, gestión 2021.	67
Tabla N° 5	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Valoración, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	68
Tabla N° 6	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Diagnóstico, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	69
Tabla N° 7	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Planificación, realizado por el profesional de enfermería,	

	Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	70
Tabla N° 8	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Ejecución, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	71
Tabla N° 9	Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Evaluación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	72

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO	88
Anexo N° 2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	91
Anexo N° 3. VALIDACIONES DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	93
Anexo N° 4. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: objetividad, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	96
Anexo N° 5. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: precisión y exactitud realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	97
Anexo N° 6.	99
Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: legibilidad y claridad realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	99
Anexo N° 7. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: simultaneidad y concisión realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	100
Anexo N° 8. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Valoración, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	101
Anexo N° 9. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Diagnóstico, realizado por el profesional de enfermería,	

Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	102
Anexo N° 10. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Planificación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	103
Anexo N° 11. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Ejecución, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	104
Anexo N° 12. Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Evaluación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.	105
Anexo N° 13. PROPUESTA DE REGISTRO ÚNICO DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINAMICO REALIZADO POR LA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	106

GLOSARIO

UCIC: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

NOM: Norma Oficial de México

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

DAR: Anotaciones Focus

ANA: Asociación Americana de Enfermeras

EC: Expediente clínico

JCAHO: Comisión de la organización del cuidado de la Salud

NOC: Sistema de clasificación de resultados de Enfermería

NIC: Sistema de Clasificación de Intervención de Enfermería

NANDA: Nort American Nursing Diagnosis Association

SOAPIE: Subjetivo, Objetivo, Análisis, Intervención y Evaluación

GPCE: Guías de Práctica Clínica en Enfermería

RESUMEN

La presente investigación se llevó adelante en el Hospital Obrero N°1 de la ciudad de La Paz. Los registros de enfermería son la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente. El **objetivo** fue determinar el cumplimiento de los registros de la hoja de monitoreo hemodinámico realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021. **Metodología** aplicada fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, la población fue de 163 registros correspondientes de enero a octubre, gestión 2021, la muestra fue probabilística estratificada haciendo un total de 115 registros de enfermería, para recolectar los datos se recurrió a instrumento de investigación. **Resultados:** En la objetividad, el 72% no registra de manera objetiva, completa y exacta, el 56% no registra entre comillas la información subjetiva del paciente. En el ítem precisión y exactitud el 100% no registra el grupo sanguíneo, ni reacción adversa a medicamentos, ni vigilancia a accesos intravasculares. En la legibilidad y claridad el 89% registra con letra ilegible, el 90% de los registros se encuentra con borrones, enmendaduras y corrección con radex. En el ítem simultaneidad el 41% de registros no fueron tomados simultáneamente. En cuanto a su contenido, el 80% no valora escala de dolor, caídas, el 71% no formula adecuadamente el diagnóstico enfermero, el 72% no planifica resultados con verbo infinitivo, el 100% no aplica intervenciones utilizando herramienta NIC o GPCE, el 91% no evalúa resultados planeados con resultados obtenidos. **Conclusión:** Se concluye deficiente cumplimiento de los registros de enfermería. Finalmente se construye una propuesta de reestructuración del formato de la hoja de monitoreo hemodinámico para mejorar la calidad de registro enfermero.

Palabras claves:

Cumplimiento, registro de hoja de monitoreo, profesional de enfermería, coronario.

ABSTRACT

The present investigation was carried out in the Hospital Obrero N°1 of the city of La Paz. Nursing records are written evidence of the care provided to the patient. The **objective** was to determine compliance with the records of the hemodynamic monitoring sheet carried out by the nursing professional, Coronary Intensive Care Unit of Hospital Obrero No. 1, January to October, 2021 management. **Methodology** applied was quantitative, descriptive, cut cross-sectional, retrospective, the population was 163 records corresponding from January to October, management 2021, the sample was stratified probabilistic making a total of 115 nursing records, to collect the data a research instrument was used. **Results:** In objectivity, 72% do not record objectively, completely and accurately, 56% do not record the patient's subjective information in quotation marks. In the precision and accuracy item, 100% does not record the blood group, or adverse drug reaction, or monitoring of intravascular access. In terms of legibility and clarity, 89% register with illegible handwriting, 90% of the registers are found with erasures, amendments and correction with radex. In the simultaneity item, 41% of records were not taken simultaneously. Regarding its content, 80% do not assess the pain scale, falls, 71% do not adequately formulate the nursing diagnosis, 72% do not plan results with the infinitive verb, 100% do not apply interventions using the NIC or GPCE tool, the 91% do not evaluate planned results with results obtained. Conclusion: Poor compliance with nursing records is concluded. Finally, a proposal to restructure the format of the hemodynamic monitoring sheet is constructed to improve the quality of the nursing record.

Keywords:

Compliance, monitoring sheet record, nursing professional, coronary.

I. INTRODUCCIÓN

En Bolivia, los registros de enfermería son documentos médicos-legales, a través de ello se evalúa el nivel de calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería. Los registros de enfermería, son evidencias escritas de los cuidados otorgados a pacientes con problemas cardiovasculares en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios. Además, el cumplimiento de la documentación escrita debe ser objetiva, precisa, exacta, simultánea, sistematizada por ser el reflejo de la continuidad de cuidados proporcionados y los profesionales en enfermería descifren sin problema. Se diferencia del equipo de salud por sus acciones de la práctica científica y por ende son un medio de comunicación escrita entre los profesionales de salud.

Sobokar M. indica que solo a través del registro clínico de enfermería, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados proporcionados al paciente en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional (1).

López J. menciona que la ausencia de registros de los cuidados otorgados a un paciente puede entenderse como una falta legal, ética y profesional que pone en duda si es profesional está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones, como también todas las decisiones del ejercicio de su profesión (2).

Es importante mencionar, que la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero Nro. 1, perteneciente a la Caja Nacional de Salud, cuenta con formato para la elaboración de los registros clínicos de enfermería, el cual contiene datos generales del paciente, identificación de la institución, monitoreo de signos vitales, administración de medicamentos, soluciones parenterales, ingeridos-eliminados, notas elaboradas manualmente con valoraciones de enfoque biológico olvidando lo espiritual y aplicando el método SOAPIE. Sin

embargo, los datos registrados necesitan ser mejoradas, para evitar registros repetitivos, ausentes e incoherentes que pueden comprometer la calidad de atención al paciente.

De ahí su importancia de realizar una investigación con enfoque de determinar el cumplimiento de registro de la hoja de monitoreo hemodinámico, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero Nro. 1, enero a octubre, gestión 2021.

II. ANTECEDENTES

2.1. Antecedentes internacionales

Rodríguez J. (2021), en Perú, realizó una investigación denominada “Calidad de las notas de Enfermería de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sergio E. Bernales”. El objetivo fue determinar la calidad de las notas de Enfermería basado en el proceso de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sergio E. Bernales. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 67 historias clínicas de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva durante el periodo enero a junio del 2019. Los resultados muestran que la calidad de las notas de Enfermería basado en el proceso de atención de enfermería es regular el 65.7 %, son buenos el 23.9% y un nivel malo el 10.4%. En su dimensión estructura prevaleció el nivel regular con un 70.1%; un 25.4% bueno y solo un 4.5% fueron malos. En su dimensión contenido prevaleció el nivel regular con un 62.7%, un 23.9% bueno y un 13.4% el nivel fue malo. Se concluye que la calidad de las notas de enfermería basados en el proceso de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos alcanzó un nivel regular (3).

Castillo R. y et al. (2021), en Ecuador realizaron su estudio denominado “Calidad de las notas de Enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso”. El objetivo fue determinar la calidad de las notas de Enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes egresados del servicio de medicina en el Hospital Vicente Corral Moscoso. La metodología fue un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, la población estuvo conformada de 220 historias clínicas, la recolección de datos se hizo a través de la observación y análisis de contenido de las notas de enfermería registradas por enfermeras durante el periodo de estudio. La conclusión mostró que, en cuanto a su estructura de las notas de enfermería, revelan un nivel de calidad no eficiente, teniendo en cuenta que entre el 90 al 100% de historias clínicas evidencian notas

de enfermería están incompletas, inexactas, inconsistentes e intrascendentes. Se evidencian notas de enfermería ilegibles y falta de ortografía. Respecto al contenido, en el 100% de historias clínicas se evidencian notas de enfermería carentes de información respecto a la valoración integral del paciente, de las intervenciones de enfermería, y de las respuestas humanas conforme a su evolución. No se registra la comunicación o interacción con los pacientes, comentarios o consultas, ni aspectos relacionados con la información o educación personalizada. Finalmente, el 100% de historias clínicas evidencian notas de enfermería, en un nivel de calidad no eficientes (4).

Soza C. Bazán A. Díaz R. (2020) en Perú en su artículo de investigación “Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado” Los registros de enfermería son documentos que avalan la calidad y continuidad del cuidado, mejora la comunicación y evita errores durante el cuidado. El objetivo fue describir la percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado en el servicio de medicina interna de un Hospital Público. El estudio fue de tipo cualitativa, descriptiva, la muestra fue de 12 enfermeras, se usó la entrevista semiestructura. Los resultados muestran que la utilidad e importancia para el equipo de salud; Limitantes e implicancias ético legales; Necesidad de registros estandarizados e informatizados. Se concluye que los registros de enfermería llenados con veracidad garantizan la continuidad del cuidado porque son fuente de información para los profesionales del equipo de salud; pero, existen limitantes como la falta de tiempo, la sobrecarga laboral por que se omiten datos que pueden incurrir en implicancias ético-legales, por lo que reconocen la necesidad de formatos estandarizados y digitalizados (5).

Soliz V. (2020), en Perú realizó su estudio denominado “Desempeño laboral y registro de notas de enfermería modelo SOAPIE en un hospital público de Lima, 2019” El objetivo fue determinar la correlación del desempeño laboral con la calidad del registro de notas de enfermería modelo SOAPIE en las áreas críticas

de un instituto público de salud del niño de Lima. La metodología usada fue de enfoque cuantitativo, el método utilizado fue el hipotético deductivo de tipo descriptivo, correlacional, la población fueron 333 enfermeras de un hospital público, la muestra fue de 179 enfermeras y fue de probabilidad aleatoria simple. Las técnicas para utilizar son encuesta y la observación. Los instrumentos se elaboraron con dos criterios básicos metodológicos la validez y confiabilidad y se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para la prueba de hipótesis (6).

Martín L. (2020) en Valladolid-España realizó su investigación denominada “Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros”. Los registros de enfermería son documentos legales y específicos de la práctica cuidadora que definen y constatan todos los procesos e intervenciones dirigidas hacia los pacientes, visibilizando el papel autónomo de enfermería y objetivando de forma permanente los cuidados realizados. Objetivo: Conocer la percepción del personal de enfermería sobre la utilidad y nivel de cumplimentación de los registros de enfermería como indicador de la calidad de los cuidados. Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal con una muestra de 100 profesionales de enfermería de los hospitales Clínico Universitario y Universitario Río Hortega de Valladolid, de unidades que trabajan con el programa GACELA CARE como recurso de registro de la continuidad en la prestación de los cuidados enfermeros. Resultados y Discusión: Se han analizado los resultados del estudio relacionándolos con la literatura científica consultada sobre registros enfermeros en los aspectos de: nivel de cumplimentación, importancia y utilidad, herramientas, lenguaje, comunicación interprofesional, nuevas tecnologías (TICs) y responsabilidad ético-legal. Conclusión: La opinión profesional con respecto a los registros de los cuidados de enfermería ha evolucionado en los últimos años considerándose una actividad fundamental en la práctica, siendo esencial para la continuidad asistencial, permitiendo la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo, al tiempo que

contribuye a la seguridad del paciente y al crecimiento científico de la Disciplina Enfermera (7).

Cuevas M. y et. al. (2019), en México realizaron su investigación denominada “Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis”. Se desarrolló un estudio de mejora de la calidad de la atención, en el Hospital General Regional N.º 1 “Vicente Guerrero” en Guerrero, (México), entre mayo-agosto de 2017. Se modificó la hoja de registros clínicos de enfermería de la unidad de hemodiálisis en dos etapas. Para la etapa de diseño se realizó un grupo focal con expertos y para la validación de contenido se aplicó el método Delphi. Los datos recolectados se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS V.22. Resultados: El 70% de los expertos consideró el instrumento como bueno en cuanto a la calidad del registro. Hubo una discrepancia en el diseño encontrándose como parcialmente eficiente (70%) ya que cada experto evaluó de acuerdo al área que dominaba. Se incorporaron todas las observaciones realizadas en el diseño final. Conclusión: El instrumento se considera válido, proporcionando información adecuada del paciente previo al tratamiento hemo dialítico, lo cual satisface los requerimientos legales respecto a la continuidad de los cuidados (2).

Peña E. y et al. (2019) en Lima-Perú, realizaron una investigación denominada “Registros de enfermería: calidad de las notas en los servicios oncológicos”. El objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en los servicios de hospitalización de un instituto especializado de Lima-Perú, octubre 2018. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 179 historias clínicas, se utilizó la lista de cotejo para la evaluación de calidad de las anotaciones de Enfermería, elaborado y validado por Morales S. a través de una prueba piloto donde se obtuvo un $r > 0.20$. Mide estructura y contenido. Los resultados concluyeron que en la estructura de las notas de enfermería el 98% no considera el balance hídrico, 88% no coloca los

signos vitales y 69% realiza la evaluación del plan de cuidados y respecto a la calidad de contenido, el 92% no realiza la evaluación de las intervenciones, el 55% de las notas de enfermería se ven reflejados en modelos de enfermería y solo el 61% registra de forma adecuada y oportuna las intervenciones de enfermería. Conclusión: La calidad de las notas de enfermería en su mayoría es de nivel regular (8).

Pariapaza J. y et al. (2018), en Arequipa-Perú en su trabajo de investigación denominado “Factores personales e institucionales y calidad de los registros de enfermería del servicio de Medicina varones H.R.H.D.” El objetivo fue determinar la relación entre Factores Personales e Institucionales y Calidad de los Registros de Enfermería en el Servicio de Medicina Varones, H.R.H.D. Arequipa – 2017. El estudio fue cuantitativo, descriptivo con diseño correlacional retrospectivo, la población estuvo formada por 14 enfermeras y 209 Historias Clínicas, para la recolección de datos, se utilizó la encuesta como método, la técnica fue el cuestionario y los instrumentos: un cuestionario “Factores relacionados al llenado de los Registros de Enfermería” y 4 listas de chequeo: Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos Vitales, Kárdex y Notas de Evolución de Enfermería. Los principales resultados fueron: El 92.8% de sexo femenino, el 57.2% tiene entre 27 a 35 años, el 50% casadas, el 50% egresadas de la UNSA, el 71.4% tuvo el grado académico de Bachiller, el 85.7% con Especialidad, el 50% con 5 años de experiencia laboral, el 85.8% estuvo laborando 10 años en la Institución y el 50% labora 5 años en el Servicio de Medicina Varones. En Factores Personales de la población de estudio en los Registros de Enfermería, el 92.9% presentó Media Influencia. En los Factores Institucionales de la población de estudio en los Registros de Enfermería el 50% presentó Baja Influencia. En la Calidad de Registros: Notas de Evolución de Enfermería y Kárdex fueron deficientes con 60.3% y 65.1% respectivamente. Con la aplicación estadística del Chi cuadrado, se encontró que no existe relación significativa entre Factores Personales e Instituciones y Calidad de los Registros de Enfermería (9).

López J. y et al. (2018) en México, realizaron un estudio denominado “La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo”. El objetivo fue conocer a través de la percepción del personal de enfermería la importancia y contribución del registro clínico. El estudio fue de tipo cualitativo de tipo fenomenológico realizado con personal de enfermería de una institución privada, la muestra fue seleccionada por casos-tipo y por conveniencia, se utilizó una guía semiestructurada para la recolección de datos mismos que fueron análisis de manera artesanal. Los resultados mostraron que se tiene conciencia que el registro clínico es evidencia clara del cuidado, favorece su continuidad y tiene carácter asistencial de índole legal y ético. La carga de trabajo y la falta de personal son los principales factores que merman su calidad. Las estrategias de mejora estuvieron enfocadas en el diseño de un nuevo formato de registro para favorecer la atención proporcionada. En conclusión, el registro clínico de enfermería es la evidencia de los cuidados proporcionados, así como de las acciones encaminadas a mejorar la salud de los usuarios. Los factores principales que merman la elaboración del registro clínico es la excesiva carga de trabajo, así como la falta de personal. Los formatos de registro además de facilitar las anotaciones deben contribuir a la mejora del registro de la información de una manera clara y ordenada (10).

Ríos L. (2018), en Perú en su investigación denominada “Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacochapucallpa” El objetivo fue determinar los principales factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacocha, Julio a diciembre del 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal; correlacional, la población estuvo conformada de 7 enfermeras/os y 126 hojas de enfermería, como instrumentos de recolección de datos se aplicó un cuestionario y se aplicó una lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. Los resultados sobresalientes

mostraron que el 100% por falta de conocimientos del PAE y SOAPIE, el 57.1% por el exceso de trabajo y el 42.9% estrés emocional; respecto a la calidad, el 92% cumple con el llenado correcto de la hoja, según su contenido el 79,4% formula mal el diagnóstico, el 47,6% no utiliza diagnósticas de la NANDA, 65,1% no registra adecuadamente el objetivo. En conclusión, los factores personales no guardan asociación con el incumplimiento del correcto llenado de las notas de enfermería p -valor $> 0,05$ y un valor $X^2_{Crít} > X^2_{Cal}$ (95%), sólo el factor institucional acciones de supervisión está asociado, $p=0,008$ ($p < 0,05$) (11).

Hernández L. y et al (2018), en México realizaron un estudio denominado “Implementación de círculos de Calidad para la mejora del registro de Enfermería” El registro de Enfermería es una herramienta que facilita la recolección y consulta de datos para el desarrollo de planes de cuidados, el intercambio de información y como medio de referencia. Sin embargo, por factores asociados a la labor de Enfermería no siempre cumplen con todos los estándares, incluido los de índole legal. El propósito de este trabajo es dar a conocer cómo se llevó a cabo un proceso de mejora de la calidad del registro de Enfermería de un hospital público, sobre los aspectos relacionados con el cumplimiento de la normativa institucional. Para ello, se definieron enfermeros líderes del método que se iba a usar mediante el establecimiento de círculos de calidad, quienes recibieron capacitación, asesoría y seguimiento durante todo el proceso. Paralelamente se incluyeron otros profesionales enfermeros que formarían parte de estos círculos de calidad. Por otro lado, cada líder pudo identificar áreas de mejora, que conllevaron actividades orientadas a la mejora del registro de Enfermería. Al final del proceso, participaron 31 enfermeras (siete líderes y 24 integrantes del círculo), de los 51 que eran responsables de la cumplimentación de los registros (participación del 61%), distribuidos en siete círculos de calidad, consiguiendo una mejora del 75% respecto a la cumplimentación de calidad de los registros. Sin duda, para favorecer el cumplimiento de este objetivo se requirió, no solo la capacitación de los profesionales en la mejora de la ejecución de los registros, sino también su

participación constante y un alto grado de compromiso y responsabilidad. En esta ocasión el uso de los círculos de calidad fue una metodología pertinente y factible en la detección de áreas de mejora en beneficio de la organización (12).

Laura Y. (2017), en Perú realizó su estudio denominado “Calidad de registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón” La investigación se realizó con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general. La población de estudio estuvo constituida por 313 historias clínicas, de pacientes que fueron dados de alta durante los meses de enero a junio del año 2016 del servicio de cirugía general, obteniéndose una muestra de 74 historias clínicas cada una con 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y Kardex de enfermería). El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo, para la recolección de datos se empleó como técnica el análisis documental y como instrumento una ficha de revisión documentaria con 84 ítems para evaluar la hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y Kardex de enfermería, de las historias clínicas que fueron seleccionados al azar. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados describen, el 95% de los registros de enfermería fueron de regular calidad y el 5% de mala calidad. Respecto al registro de la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad. Mientras el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad. Sin embargo, el registro de la hoja de balance hídrico en 73% es de regular calidad, 22% de buena calidad y 5% de mala calidad y en cuanto al registro de Kardex de enfermería, el 68% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad (13).

Giraudio P. (2017), en Argentina realizó su estudio titulado “Evaluación de calidad de los registros de Enfermería, en el sector de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Villa del Rosario”. El objetivo fue analizar la calidad de los registros de enfermería en el sector de Terapia Intensiva del

Hospital San Vicente de Paul. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y longitudinal, la población estuvo conformada por 237 historias clínicas correspondiente: al primer semestre de enero a junio, 116 y al segundo semestre de julio a diciembre, 121 historias clínicas, de pacientes internados en el servicio. Se implementó como instrumento una grilla de cotejo que permitió a través de la observación directa de los registros de enfermería evaluar la calidad, teniendo en cuenta los aspectos asistenciales, éticos, legales, desarrollo profesional y el cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). En el 1º semestre se observan registros incompletos en sus cuatro aspectos, la falta de diagnóstico de enfermería y la implementación en forma incompleta del proceso de atención de enfermería (P.A.E) En el 2º semestre se observan registros de enfermería más completos y mayor uso del P.A.E. Al comparar los hallazgos de los registros de enfermería en 1º y 2º semestres se puede concluir que, en el 2º semestre los mismos son más completos en cuanto sus cuatro aspectos y en la implementación del proceso de atención de enfermería (14).

Cajaleón L. (2017) en Perú, realizó un estudio denominado “Calidad de registros de enfermería en el servicio de hospitalización de Medicina II del Hospital Alberto Sabogal-Callao”. El objetivo fue determinar el nivel de calidad del registro de enfermería en cuanto a su dimensión y estructura, aplicación del proceso enfermero y seguridad del paciente. El método fue cualitativo y descriptivo de corte transversal retrospectivo, la muestra estuvo conformada de 68 historias clínicas de los pacientes hospitalizados. Resultados del 100% el 30,9 % presentan una calidad de registro alto, el 45% calidad de registro medio y el 25,5% calidad de registro bajo. En conclusión; la calidad de registro de enfermería fue medio, con mala información en los datos subjetivos y objetivos, con ausencia de registro de proceso enfermero, sin registro de firma, sello de quien realizó el registro (15) .

Hernández, E. y et al (2017), en México, realizaron un estudio sobre “Cumplimiento de los registros clínicos, esquema terapéuticos e intervenciones

de enfermería en un Hospital de segundo nivel de atención”, los registros clínicos de enfermería es un documento legal en donde se evalúa la calidad científica, humana y ética de la atención al paciente. En donde el objetivo era determinar el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería con base en la herramienta única de evaluación de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 156 historias clínicas, obteniendo resultados; el 61% cumplen con los registros clínicos, el 70% cumple con el registro de intervenciones, el 41% registro las acciones para reducir el riesgo de úlceras por prevención, el 70% no firma notas y es incompleta. Llegando a conclusión: Se encontró la necesidad de estructurar el formato de las hojas de registros clínicos para facilitar los registros. Una mejora del sistema de comunicación podría enriquecer la estandarización de los registros (16).

López J. et al (2017), en Veracruz-México realizaron su estudio denominado “Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería” El objetivo fue describir la construcción y calidad de un registro clínico para la atención de Enfermería. La metodología que se utilizó se dividió en cuatro etapas, la primera etapa consistió en el diseño del formato de registro clínico de enfermería, considerando Identificación, valoración, diagnóstico y tratamiento, las actividades de intervención clínica, evaluación, continuidad del cuidado y elaboración que dio como resultado la versión 1 del formato. El instrumento fue validado por expertos. Se aplicó una prueba piloto. Los resultados mostraron que se obtuvo un nivel de cumplimiento del 95.59%. Los indicadores con mayor puntaje fueron diagnóstico y valoración. Se concluye que los resultados obtenidos representan un avance significativo en la mejora de la calidad del registro clínico, y ello ayuda a mejorar la calidad en la atención de los pacientes (17).

Quispe E. (2017) en Perú, realizó una investigación denominada “Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto

Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. El objetivo fue determinar la calidad de notas de enfermería en la UCI. El estudio fue de tipo cuantitativa y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 historias clínicas correspondientes al segundo semestre, aplico una lista de cotejos, a través de observación directa y evaluación. Resultado: El 55% de las notas de enfermería son de regular calidad, el 80% son de regular calidad en cuando a su dimensión y estructura y el 90% de las notas de enfermería tienen mala calidad en cuanto a su dimensión (PAE). En conclusión, las notas de enfermería en cuando a su dimensión y estructura son de regular a mala calidad (18).

Ruíz L. y et al. (2017) en México realizaron una investigación denominada “Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado”. El objetivo fue Identificar si existe coherencia entre las intervenciones con el diagnóstico enfermero, así como el uso de lenguaje estandarizado. El estudio fue documental, exploratorio, descriptivo, retrospectivo y transversal, en el que se revisaron los diagnósticos e intervenciones de enfermería documentadas en 51 hojas de registro clínico. Resultados: Falta de coherencia de las intervenciones con el diagnóstico enfermero con 45% de las intervenciones independientes y 51% en las dependientes. Uso de lenguaje estandarizado de 78% en etiquetas diagnósticas, 25% en factor relacionado, 16% en características definitorias y 22% en intervenciones independientes. Conclusiones: Hay poca coherencia de las intervenciones con el diagnóstico enfermero en los registros de enfermería, diagnósticos mal elaborados e incompletos, lo cual refleja incompetencia del personal de enfermería para el manejo del proceso enfermero y por ende falta de razonamiento crítico en la muestra estudiada. Debido a que el uso del lenguaje estandarizado es casi nulo, es imperiosa su promoción para un uso generalizado, se debe enseñar su funcionalidad e importancia (19).

Tsuma A. y et al. (2016) en Brasil realizaron una investigación denominada “Calidad de los registros de Enfermería antes y después de la Acreditación

Hospitalaria en un Hospital Universitario”. El objetivo fue analizar la calidad de los registros de enfermería, comparando los períodos antes y después de la preparación para la acreditación hospitalaria, haciendo uso del Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes – Versión brasileña (Q-DIO- Versión brasileña). El estudio fue de tipo observacional, la población estuvo conformada por 112 historias clínicas del período anterior y 112 historias clínicas del período posterior a la acreditación. Los datos fueron analizados estadísticamente, obteniendo los resultados se observó una mejora significativa de la calidad de los registros de enfermería. Se concluyó que hubo un compromiso con el cambio en la cultura por medio de las intervenciones realizadas (20).

Uriarte R. (2016) en Perú, realizó su trabajo de investigación “Calidad del registro de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto del Hospital Regional Docente de Trujillo”. El objetivo fue determinar la calidad de registro de notas de enfermería en la UCI. El tipo de estudio fue descriptivo. La muestra estuvo conformada de 43 historias clínicas, para ello se aplicó una lista de cotejo validada. El análisis y procesamiento de datos se hizo en el software SPSS Versión 13, estadística descriptiva, con la presentación de tablas de doble entrada y gráficos relevantes. Resultados; se concluyó que las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de mala calidad con un 86%; siendo el 65.1% tienen una mala calidad en cuanto a su estructura y el 100% mala calidad en cuanto a su contenido considerando las características de las notas en base a los datos subjetivos, objetivos, el análisis, planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería (SOAPIE) (21).

Blas J. (2016) en Perú realizó su investigación denominada “Efecto de la implementación de una cartilla para mejorar la calidad de las notas de enfermería en el servicio de hospitalización del Hospital San Juan de Lurigancho”. El objetivo fue determinar el efecto de la implementación de una cartilla en la mejora de la calidad de las notas de enfermería del servicio de hospitalización del Hospital San Juan de Lurigancho. El estudio fue de nivel aplicativo, cuantitativo,

descriptivo explicativo, diseño pre experimental con pre y post prueba en un solo grupo, la muestra estuvo conformada por 150 notas de enfermería, la técnica fue la observación y el instrumento una lista de chequeo. Los resultados mostraron que el 100% (150) de las notas de enfermería antes de la implementación de la cartilla el 53% (79) presentó mala calidad y después de implementar la cartilla se obtiene que el 100% (150) de las notas de enfermería tiene un nivel de calidad bueno. La investigación concluye que la implementación de una cartilla tiene un efecto significativo en la mejora de la calidad de las notas de enfermería, principalmente en la dimensión pertinencia del contenido en el Servicio de Hospitalización del Hospital San Juan de Lurigancho (22).

Cucho L. (2016), en Lima- Perú, en su trabajo de investigación denominado “Calidad de las notas de enfermería en los registros clínicos del servicio de hospitalización y emergencia del Hospital Emergencias Pediátrica, Lima 2016”. El objetivo fue comparar la calidad de notas de enfermería en los registros clínicos en los servicios de hospitalización y emergencia. El estudio fue de enfoque cuantitativo, retrospectivo, no experimental, de corte transversal, descriptivo, comparativo. La población estuvo conformada por 90 historias clínicas de las cuales 45 pertenecieron al servicio de emergencia y 45 al servicio de hospitalización correspondientes al I semestre, la técnica utilizada fue a través de la observación directa y evaluación. El instrumento para la recolección de datos se aplicó una lista de cotejo de calidad de las notas de enfermería, confiabilidad a través del alfa de cronbach de 0.838 indicando que el instrumento es muy confiable con respecto a las 36 preguntas del instrumento, su validez de constructo con r de Pearson. Se utilizó estadístico no paramétrico “U” de Man Whitney para contrastar la hipótesis general y las específicas con una significancia de < 0.05 . Al comparar el rango promedio de calidad de las notas de enfermería en los registros clínicos del servicio de hospitalización es (48.78) y en el servicio de emergencia es (42.22); así mismo al emplear la prueba U de Man Whitney para contrastación de hipótesis, se observa que estas diferencias no son

significativas ($p= 0.033 < ,05$); es decir, Existe diferencia en la calidad de las notas de enfermería de registros clínicos entre los servicios de hospitalización y emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas (23).

Ruiz M. y et al. (2015), en Ecuador realizaron su investigación denominada “Factores determinantes de la calidad de los informes de enfermería en la unidad de terapia Intensiva del Hospital Quito”. El objetivo fue identificar los factores determinantes de la calidad de los informes de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Quito No. 1. El estudio fue descriptivo y transversal, el instrumento de investigación consta de dos cuestionarios, el primero de aplicación a 18 enfermeras(os) para determinar el perfil demográfico y su nivel de conocimiento del modelo SOAPIER y el Proceso enfermero, el segundo cuestionario una Matriz de evaluación de calidad de aplicación a una muestra de 100 informes de enfermería. Los resultados muestran que de las 18 enfermeras encuestadas la mayoría tiene conocimiento del modelo SOAPIER y el Proceso enfermero, pero el 100% de los informes son de tipo "Narrativo e informativo" y de la evaluación de la calidad de los informes de enfermería en cuanto a estructura y contenido reporta que la calidad de información entregada alcanzó un (67% a 82%), sin embargo, en cuanto a su estructura en general no se registran de manera oportuna y adecuada (24).

Ames C. y et al (2015) en Perú, realizaron un estudio denominado “Calidad de los registros de enfermería en la UCI de una clínica del nivel III”. El objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del complejo Hospitalario Clínica San Pablo de nivel III en relación a su estructura y contenido. Los objetivos específicos fueron identificar la calidad de los registros de enfermería según su estructura; e identificar la calidad de los registros de enfermería según su contenido. El estudio fue de tipo cuantitativa de diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte retrospectivo, la muestra estuvo conformada de 360 historias clínicas seleccionadas por muestreo no

probabilístico. Concluyendo con el siguiente resultado; falta de compromiso en la redacción de los registros y difícil de dar continuidad al trabajo (25).

Regalado N. (2015), en Perú, realizó un estudio denominado “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia-Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-Perú”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo compuesta por los registros de enfermería realizados mensualmente. Asimismo, la población informante estuvo compuesta por las 26 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia. Como instrumento se utilizó un cuestionario aplicado a cada enfermera durante su turno rotativo de trabajo. Según los resultados entre los factores personales que influyen en el llenado de las notas de enfermería destacan la falta de motivación, la identidad profesional, el nivel de conocimiento. Entre los factores institucionales destacan el ambiente físico, el recurso material insuficiente, la limitada dotación de personal y la elevada demanda de atención (26).

2.2. Antecedentes Nacionales

Huanca M. (2019) en la ciudad de La Paz realizó un estudio sobre el “Cumplimiento de Registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y Normas Internacionales realizado por el profesional de Enfermería en pacientes con Ventilación No Invasiva ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital del Norte, Julio 2018 a Julio 2019” Los Registros de Enfermería son herramientas que permiten contar con evidencia científica escrita del cuidado Enfermero al paciente, siendo un instrumento indispensable en trabajo diario de la Enfermera profesional. Objetivo: Determinar el cumplimiento de registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y normas internacionales realizado por el profesional de Enfermería en pacientes con ventilación no invasiva ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital del Norte, julio 2018 a julio 2019. Metodología: Es una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, transversal. La

población fueron los registros de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, registrados entre julio de 2018 y julio de 2019, de pacientes con asistencia ventilatoria no invasiva, siendo 48 registros. Para la obtención de la información se usó la ficha de registro, instrumento que tuvo 14 indicadores, fue validado antes de la aplicación. Resultados: Muestran que los registros de enfermería el 71% cumplen con el uso de NANDA, el 58% dan cumplimiento mínimo al NIC, el 69% no cumple con NOC, el 83% cumple con no tener correcciones o borrones, el 35% no cumple con dejar espacios en blanco, el 52% cumple con escribir un registro legible, el 65% dan cumplimiento mínimo a la objetividad. Por otro lado, el 83% dan cumplimiento mínimo a la precisión y claridad, el 46% dan cumplimiento mínimo a registrar hechos reales, el 71% dan cumplimiento mínimo en tener un registro completo. Se concluye que los registros no dan cumplimiento a las normas internacionales (27).

Flores V. (2018) en Bolivia realizó un estudio denominado “Implementación de un nuevo modelo de la hoja de registro con un lenguaje estandarizado, en la Unidad de Terapia Intensiva del Adulto clínica del Sur”. El objetivo fue implementar el nuevo modelo de hoja de registro con un lenguaje estandarizado en la Unidad de Terapia Intensiva del Adulto. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Cuyo resultado fue que el personal de enfermería califica entre insatisfactorio y satisfactorio la aplicación del lenguaje estandarizado, el 75% del personal está de acuerdo con la implementación de la nueva hoja. Se concluye que una intervención debe estar acompañada de una acción de cambio que mejore las condiciones del problema (28).

Deheza G. (2018) en La Paz-Bolivia, realizó un estudio sobre “Calidad de la hoja de registro de enfermería según el proceso enfermero y SOAPIE en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Arco Iris”. El objetivo fue evaluar la calidad de la Hoja de Registro de Enfermería en su estructura y contenido, según el Proceso Enfermero y SOAPIE. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental; la muestra estuvo conformada de 516 hojas de

registro de enfermería, la muestra fue estratificada de 220 hojas. Los resultados mostraron respecto a su estructura que el 7.2% registró el peso, el 100% registró el diagnóstico médico, monitoreo hemodinámico y medicamentos administrados; el 74.1% presentó enmendaduras; el 40.0% usaba corrector, el 57.3% tenía letra legible, el 100% dejaba líneas o espacios en blanco, el 17.3% colocaba sello, el 26.4% respetaba el formato, el 48.6% presentaba orden. Los resultados sobresalientes en cuanto a la dimensión, contenido, el 97.7% no registraba datos subjetivos, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación y solo se registraba los datos de tipo objetivo. En conclusión, la hoja de registro de enfermería no sigue el orden lógico, es de mala calidad, falta de sello y firma en la mayoría de registros, hay exceso de enmendaduras y uso del corrector, hay exceso de espacios y líneas en blanco (29).

Quispe G. (2014), en Bolivia realizó su estudio denominado “Calidad de los registros de enfermería, servicio de Obstetricia, puerperio quirúrgico, Hospital Materno Infantil CNS, segundo semestre, gestión 2013”. El objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería en el Servicio de Obstetricia, Puerperio Quirúrgico, en el Hospital Materno Infantil C.N.S. durante el segundo semestre de la gestión 2013. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, retrospectiva, se analizó el kárdex y la hoja de enfermería, el universo fue de 993 historias clínicas, la muestra 277. Los resultados mostraron que el 99% usaban lenguaje comprensible, el 83% a veces la información era objetiva, el 67% no tenía información a problemas de salud como: datos subjetivos, el 87% a veces evitaban repetición de datos. El 87% sí presentaba datos fidedignos, el 86% a veces registraban la fecha. El 100% no registra el PAE. Se concluye que deben mejorarse los registros de enfermería y con los resultados encontrados se diseñó un Sistema de registro profesional eficiente basado en la experiencia acumulada (30).

III. JUSTIFICACIÓN

3.1. Justificación teórica

Los registros de enfermería en la UCI Coronarios es una herramienta que permite demostrar evidencia de cuidado al resto del equipo de salud, permiten definir la autonomía de la profesional y por ende son un medio de comunicación escrita entre los profesionales de salud. La investigación se justifica a nivel teórico porque los registros enfermeros reflejan responsabilidad legal, ética y profesional, actualización de la enfermera, satisfacción profesional, vocación a su profesión, misión y visión de la institución, compromiso con la calidad de atención.

Son de obligado cumplimiento realizar registros de enfermería por ser el único medio de evaluación de la calidad de atención de los cuidados proporcionados al paciente y mediante su documentación es posible detectar cambios de estado de salud, efectividad de las intervenciones realizadas para la toma de decisiones.

3.2. Justificación metodológica

En el ámbito metodológico la presente investigación se justifica porque se propone reestructurar la hoja de registro de monitoreo hemodinámico en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, basado en la metodología científica de Enfermería (NANDA, NIC, NOC), mismo que fue diseñado a partir de la revisión de normativa internacional y nacional. Es innovadora esta metodología porque será la mejor evidencia científica en la documentación de los registros.

Cabe destacar que la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios es un servicio de alta complejidad, trata patologías cardiovasculares que a nivel mundial son la primera causa de muerte y establece la necesidad de elaborar registros basadas en evidencia científica, basándose en modelos de enfermería y en el registro conseguir un cuidado individualizado para el paciente. Sin duda, los registros

elaborados con ausencia de herramientas metodológicas no garantizan la seguridad del paciente, ni la calidad de atención.

3.3. Justificación práctica

El registro de observaciones, intervenciones y evaluaciones documentadas día a día por el profesional de enfermería, permite la visibilidad del rol que asumen los profesionales de esta disciplina en el cuidado de los pacientes. Asimismo, cumplen su responsabilidad profesional, ética y legal como elemento necesario para garantizar la calidad asistencial (31). La enfermera tiene la capacidad de visualizar el bienestar del paciente, intervienen, rehabilitan y demuestran que los cuidados enfermeros marcan la diferencia de otros profesionales, mismos cuidados se documentan en la hoja de registro único de enfermería.

Es por eso que, la investigación se justifica a nivel práctico porque la enfermera a partir de sus registros enfermeros pueden transformar el conocimiento común el conocimiento científico y contribuir la autonomía de la profesional, visibilizando la calidad de cuidado.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco Histórico

4.1.1. Historia de los registros enfermeros

En sus notas de enfermería, Florence Nightingale señalaba que “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad al vivir. A partir de sus observaciones, vio la necesidad de registrar información importante, para la toma de decisiones (32) . Desde entonces los registros de enfermería fueron muy importantes, ya que no solo registraron hechos, si no que ayudaron a tomar decisiones correctas y continuar con el cuidado (5).

Hay que destacar, que la enfermería como disciplina científica, ha evolucionado a lo largo de su historia en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional. Hoy en día, la enfermería perteneciente al equipo de salud ejerce un rol autónomo, ya se sea en el ámbito comunitario u hospitalario, dirigiendo al cuidado directo que brinda a sus pacientes, junto con la realización del correspondiente registro, que evidencia la aplicación del proceso de enfermería.

O sea, el cuidado como actividad, ha existido desde el comienzo de la humanidad, en la especie humana siempre ha habido personas más débiles incapaces de valerse por sí solas. En consecuencia, aparece la figura que cuida a los más necesitados, durante muchos años los cuidados no forman parte del oficio ni mucho menos consideraba una profesión, además de una nula existencia de reportes escritos sobre ellos (33).

Además, hasta finales del siglo XIX, surge la enfermería como profesión y lo hace de la mano de Florence Nightingale, quien fue la primera en teorizar la enfermería, aplicó sus conocimientos de historia, matemáticas y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. Un siglo después

de los aportes de Nightingale la documentación se enriqueció notablemente a partir de publicaciones en revistas y libros, gracias a los valiosos aportes de teoristas como Hildegard, Henderson, Vera y otras.

4.2. Marco Conceptual

4.1.2. Registro

Según la OMS el registro es la recopilación de la información sobre la salud de una persona y seguimiento de su propia información.

4.1.3. Registro de enfermería

Los registros de enfermería son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente. Las notas son una narración cronológica, escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el personal de enfermería brinda, a la persona, a la familia y la comunidad (34).

Dicho de otra manera, el registro clínico de enfermería es el reporte escrito en el que se plasma la atención que se brinda de una forma completa, y se basa en una valoración y planeación del cuidado de acuerdo con las necesidades de la persona con la finalidad de otorgar un cuidado de calidad. Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria y están integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, y se precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico que garantice su calidad (17).

Es decir, los registros son documentos confiables que la enfermera utiliza para comunicarse de forma escrita al resto del equipo de salud y de esta manera se

constituye en la principal evidencia en caso de juicio por responsabilidad profesional. Lo no registrado, jurídicamente no existe, por lo tanto, se presume no efectuado. Como aquellos casos que se muestran errores como un registro de dosis doble de un fármaco que provoca un daño se podría llegar a responder jurídicamente. Además, la ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones (35).

Ahora bien, los registros de enfermería son documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad (36).

De igual forma, el registro de enfermería es una herramienta esencial de la enfermera, a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario (37). Entonces, son parte del elemento metodológico de trabajo, son técnicos y científicos, constituyen un medio de comunicación efectivo, permitiendo la planificación, cumplimiento y control de todas de las acciones realizadas (38).

4.1.4. Calidad de registros de enfermería

La calidad de los registros de enfermería, es el conjunto de atributos o cualidades aplicadas con el proceso de atención de enfermería brindada al usuario, durante las veinticuatro 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. Al mismo tiempo permite evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados (39)

Por una parte, la calidad de los registros de enfermería es brindar una atención cumpliendo la normatividad legal, principios éticos y profesionales (40). Con motivo de garantizar la calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios se debe disponer de profesionales capacitados con conocimientos actualizados continuamente, manejo de las guías de práctica clínica de enfermería permanentemente, cuidar los materiales y tecnologías que cuenta el servicio, cuidar los aspectos informativos y sobre todo el trato humano.

El significado de la calidad de registros de enfermería es la expresión de un hito histórico que subyace de la interacción en la praxis de la profesión; este hecho lleva a una reflexión acerca del papel que cumple el profesional de enfermería en la elaboración y aplicación de las acciones que en materia de evaluación permiten el fundamento metodológico de las notas (34).

En conclusión, la calidad de los registros clínicos de enfermería debe contar con un formato de registro de enfermería para cada servicio, de tal forma que sirva de buena recolección de información completa no repetitiva, sirva de evaluación del conocimiento científico plasmado en las notas, sea diseñado con lenguaje sistematizado, lenguaje apropiado y las acciones plasmadas muestre un cuidado libre de riesgos (41).

4.1.5. Historia Clínica

La historia clínica es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud,

deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. En razón de tratarse de un documento legal, deberán ser conservados por un periodo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha de la última atención médica.

Actualmente en nuestro país (Bolivia), está vigente la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, versión 64, del año 2008 y es el único documento legal.

4.1.6. Guía de práctica clínica de enfermería (GPCE)

Son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar a la profesional de enfermería en la mejor toma de decisiones para continuar a una atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva (42).

Según la OPS/OMS es cualquier documento que contenga recomendaciones sobre intervenciones de atención y recomendaciones de carácter clínico.

Por una parte, las enfermeras en su plasmado de registros clínicos se apoyan de Guías de Práctica Clínica de Enfermería como estrategia fundamental para homogeneizar la práctica de enfermería y mejorar la práctica asistencial. La enfermera se alimenta de la práctica y el conocimiento teórico para encontrar estrategias que mejoren el cuidado del paciente.

4.1.7. Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

Las unidades de cuidados intensivos Coronarios es una unidad especializada, según lo define el modelo de certificación de hospitales del Consejo General de Salubridad General 2018: «los servicios especializados son áreas con capacidad limitada y personal con competencias especiales, donde los pacientes requieren

cuidados especiales y monitorización continua, por lo cual los costos de operación son altos» (43).

4.2. **Marco Jurídico**

4.2.1. Norma Oficial Mexicana-NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicado el 15 de octubre de 2012.

En México, las NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, establece que el registro de enfermería deberá realizarse por el profesional en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento de salud y deberá contener como mínimo: Datos generales del paciente, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita, procedimientos realizados y observaciones (44). Expresados en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

Resulta claro, que las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la norma. En México implementaron sus propios registros de enfermería basados en Modelo de Cuidado de Enfermería a través de la aplicación del proceso de aplicación de enfermería, utilización de los planes de cuidados de enfermería con recomendaciones de las guías de la práctica clínica de enfermería como médicas y el uso de evidencia científica en la práctica diaria.

Por otro lado, la documentación según el Modelo de Cuidado de Enfermería es documentado en los formatos de notas y registros de enfermería. Los formatos de registros de enfermería cuentan con lo siguiente:

- Logotipo institucional
- Las cinco etapas del proceso de atención de enfermería
- Un método de valoración estandarizado
- Problemas interdependientes definidos
- Diagnóstico de enfermería
- El plan de cuidados de enfermería
- Ejecución de recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería
- Evaluación de resultados
- Plan de alta y recomendaciones de autocuidado
- Nombre completo del personal de enfermería

Efectivamente el modelo de cuidado de enfermería es una estrategia de mejorar la práctica de enfermería y conduce a los servicios de Salud a estándares de medición de la calidad de cuidado y los registros en formato de enfermería (42).

4.2.2. Norma de American Nurses Association (ANA)

La Asociación Americana de Enfermeras define una norma como "afirmación competente" a través de ello se puede juzgar la calidad de práctica. Entonces, los hospitales tienen la autoridad de definir sus propios registros de enfermería, siempre y cuando estos registros cumplan las normas legales y profesionales (45). La Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios es un servicio de alta complejidad, trata enfermedades cardiovasculares que afectan a nivel mundial, por el mismo exige un registro de calidad en su estructura y contenido, bajo cumplimiento de norma técnica del manejo del expediente clínico, para evidenciar de forma escrita el cuidado enfermero y garantizar la seguridad del paciente.

Las recomendaciones de ANA tienen el propósito de guiar al profesional de enfermería de elaborar registros con calidad, bajo principios éticos y cumpliendo los requisitos de normatividad de plasme de cuidados enfermeros. Además, la

Asociación Americana de Enfermeras evalúa directamente el desempeño de trabajo diario de la enfermera.

4.2.3. Norma JCAHO

La JCAHO (Comisión de la Organización del Cuidado de la Salud) exige a los hospitales establecer programas para mejorar la calidad, donde la enfermera debe buscar continuamente formas de mejorar la asistencia al paciente, una de estas es la auditoria de las notas de enfermería, que deben estar basadas en el modelo de cuidados de enfermería y registros estandarizados (30).

4.3. Normatividad legal de registros de enfermería a Nivel Nacional:

4.3.1. Norma Técnica del Manejo del Expediente Clínico en Bolivia

De acuerdo a la norma técnica para el manejo del expediente clínico en su capítulo III - IV exige a la profesional de enfermería cumplir con lo siguiente:

Artículo 11. Contenido general. - En su contenido administrativo debe registrar datos generales que permiten identificar en forma sencilla a cada paciente; Estos datos son: número del EC, fecha de ingreso, hora, nombre, ocupación, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, raza, lugar de procedencia, domicilio, ocupación, teléfono (fijo o móvil), datos de los padres, familiar o persona responsable, seguro médico (si lo tuviese), servicio o unidad de hospitalización y Nro. de cama ocupada.

Artículo 12. 13.1. Notas de evolución de enfermería. - Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, siendo imprescindible su registro en cada

cambio de turno de enfermería. Consignan, además, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora de condición de ingreso o egreso y la persona que le acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la enfermera responsable.

Artículo 12.13.2. Notas de registros de tratamientos de enfermería. - Las escribe la enfermera en cumplimiento a las prescripciones médicas, y en estricta obligación de observar la descripción del medicamento (nombre genérico, dosis, concentración, frecuencia, vía de administración y cuidados de la misma) (46).

Artículo 15. Claridad y pulcritud. - El manejo del registro de enfermería en el expediente clínico debe ser cuidadoso, realizar anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. Le letra ilegible, tachaduras, correcciones o añadidos a la propia escritura, son inaceptables por la Norma del Expediente Clínico por ser un documento médico-legal. Si fuese necesario hacer una modificación o aclaración aparte, debidamente refrendada con el nombre, firma y sello de quien la realice, a más de consignar fecha y hora en el lugar que corresponda.

Artículo 16. Precisión de la descripción. – Las notas de enfermería requieren descripción y estas deben ser registrados de forma concisa y precisa, evitando reiteraciones y relatos prolongados, sin que por ello se deje de decir lo que sea pertinente.

Artículo 18. Identificación. - Toda persona que realice cualquiera anotación o grafica en el EC, sea por relato de evolución, prescripción o cualquier otro motivo, tiene el deber de identificarse mediante firma, nombre completo y condición laboral, ya sea en forma escrita o mediante sello.

Los registros de enfermería cuentan con espacios para: Identificación del paciente, fechas de ingreso, fecha actual, fecha de alta, horario de registro de

monitoreo hemodinámico, respiratorio, neurológico, valoración de escalas, peso de ingreso del paciente, peso actual, dieta y tipo de alimentos, así como los horarios de ingestión, soluciones intravenosas administradas, espacio de los medicamentos con sus respectivos horarios para ser circulados con el color de la tinta del turno que los aplicó, reacción adversa a medicamentos administrados, principales ingresos (alimentación, soluciones, medicamentos, otros) y egresos del paciente (uresis, evacuaciones, hemorragias, vómito, drenes, secreciones, entre otros), indicaciones de exámenes de laboratorio, chequeo con reactivos (por ejemplos estudios de gabinete (radiografías, tomografías, ecografías, entre otros), interconsultas, etc. Signos y síntomas, con sus respectivos horarios del turno, existe una sección para registrar los principales diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación. En la última sección se coloca el plan de alta del paciente. Por último, nombre, firma y matrícula del profesional de enfermería que es responsable del cuidado del paciente (47).

4.3.2. Resolución Departamental N° 1106 Santa Cruz de la Sierra, de 24 de mayo de 2021.

La Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021, es una norma para la profesional de enfermería que escribe notas con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso, tolerancia de medicación e incidentes durante el turno y la persona o personas que lo acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la Licenciada responsable de su elaboración (48).

De acuerdo con la Resolución Ministerial, los registros de enfermería deben contener: Notas de Registro de Tratamientos de Enfermería: medicación (presentación, dosis, frecuencia, concentración, dilución, tiempo de administración), vía, hora y observaciones (reportar fecha de caducidad, principio activo, tolerancia e incidentes). Los dispositivos (sonda Foley, sonda para la alimentación enteral, vía central, vía periférica, cánulas de traqueostomía) deben tener fecha de colocación, días e incidentes. Además, debe tener curva térmica, signos vitales (gráficos) y balance hídrico.

En relación a la idea anterior, los registros de cuidados de enfermería en pacientes coronarios deberán ser: objetiva, precisa, exacta, completa y reconocer que el sistema sistematizado valora datos en menos tiempo y dejan evidencias del cuidado otorgado.

4.4. Registros de enfermería según su estructura

4.4.1. Objetividad

Los registros de enfermería deben ser elaboradas de forma objetiva, sin prejuicios, sobre lo que el personal de enfermería ve, oye, siente y huele. No utilizar lenguaje negativo hacia el paciente y palabras que solo son significativas en un marco específico de referencia, tales como bueno, adecuado, regular o malo, que pueden ser sometidas a interpretación.

Describe de forma objetiva el comportamiento del paciente, registrando entre comillas la información subjetiva del paciente o sus familiares. Ejemplo: Durante toda la mañana permanece sentado, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar con nadie”. Y los datos subjetivos son percepciones del paciente sobre las necesidades u problemas de salud.

4.4.2. Precisión y exactitud

Los registros propios de la enfermera deben ser de forma clara, concisa, continua, oportuna y ortografía correcta. Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación. Es necesario expresar las observaciones en términos cuantificables.

Los registros diarios enfermeros se inician con fecha y hora, a la conclusión se termina con firma y sello de la enfermera responsable, incluido matrícula profesional.

No utilizar abreviaturas no estandarizadas, puede dar lugar a interpretaciones erróneas. La utilización de abreviaturas en los registros de enfermería perjudicia la continuidad de cuidados.

Registrar todas las actividades realizadas con fecha y hora: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”.

Siempre verifique las indicaciones medicas antes de dar cumplimiento y registrarlas. Siempre este seguro de la claridad de la orden para realizarla. Evite tomar ordenes telefónicas o verbales.

Los hallazgos deben registrarse previa descripción de forma meticulosa, tipo, forma, tamaño, aspecto.

4.4.3. Legibilidad y Claridad

Habitualmente, los registros de enfermería deben ser claros y legibles, con la facilidad de que la otra colega o personal pueda descifrar lo escrito sin problema. Los registros no claros serán inútiles para el profesional de salud, perjudiciando la calidad de atención y seguridad del paciente.

Efectivamente, deben tener buena caligrafía, se recomienda letra imprenta, ortografía correcta, abreviaturas estandarizadas y evitar abreviaturas de doble significado, no enmendaduras, no dejar espacio en blanco, no borrones, ni aplicar líquido corrector, ni tache los errores cometidos; lo que se debe hacer es trazar una línea sobre el error y escribir encima error y firmar con su nombre para luego redactar lo correcto (49). Concluir registros con firma, categoría profesional y nombre de la profesional que asistió el cuidado.

Por supuesto, debe ser llenado por personal de enfermería de los tres turnos: matutino, vespertino y nocturno, utilizando correctamente el color de tinta que le corresponde de acuerdo a la normatividad Institucional. El color de tinta también es utilizado para grafica de signos vitales: tinta azul para la frecuencia cardiaca, tinta roja para la curva de temperatura corporal, la frecuencia respiratoria y el código de la vía de la temperatura (axilar, rectal, cutáneo) se realizará con el color de tinta del turno correspondiente.

En efecto, no se deben registrar signos ausentes (por ejemplo “no presenta distensión abdominal”), registrar solo la información que es necesaria y que no es la misma que ya está plasmada en alguna otra parte de la hoja de enfermería. Realizar el informe de enfermería cada vez que se suscite algún evento con el paciente. Registrar con coherencia lógica cuidados, observaciones y procedimiento de manera oportuna con fecha, hora y responsable inicial del nombre y apellido completo.

Desde luego, la información que se registre debe estar enfocada al paciente para que posteriormente se determine la etiqueta diagnóstica, de la NANDA, más apropiada (según las características definitorias y factores relacionados, que deben estar contenidos de alguna manera en la información que registramos en esta hoja).

4.4.4. Simultaneidad y concisión

Los registros deben ser simultáneos según la intervención de procedimientos y nunca dejarlos al final del turno. Nunca registrar procedimientos antes de realizarlos, al final puede resultar incompletas e inexactas. Se debe evitar errores u omisiones y conseguir un registro exacto del estado actual del paciente. Los registros deben ser breves, evitar palabras innecesarias, no significativas y prohibido revelar el estado de salud del paciente.

4.5. Registros de Enfermería según su contenido

El contenido de registros debe estar diseñado de manera que obtengan resultados seguros de los cuidados otorgados al paciente y están vinculados con el proceso de atención de enfermería.

4.5.1. Valoración

El registro de valoración de enfermería es una documentación escrita de recolección de datos al ingreso del paciente (valoración inicial) y de forma continua con el motivo de identificar respuestas humanas y fisiopatológicas. Existen diversos modelos de valoración como: Requisitos de autocuidado de Dorotea Orem, por aparatos y sistemas, por las catorce necesidades de Virginia Henderson, los once patrones funcionales de Marjory Gordon y finalmente los mismos se vinculan a los trece Dominios de la taxonomía como soporte de registro de calidad. De otra manera también se pueden valorar por dominios, pero taxonomía de diagnósticos de Enfermería recomienda por los once patrones de M. Gordon, por ser una herramienta completa y la enfermera se familiariza con facilidad. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos.

Tipos de datos: Durante la valoración la enfermera profesional recoge datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

- *Datos subjetivos:* Se recoge datos cuando el paciente expresa sentimientos personales o ideas sobre su estado de salud. También puede ser recogida por parte de sus familiares. La información proporcionada por el paciente se debe registrar en la nota de enfermería entre comillas.
- *Datos objetivos:* Se recoge datos mediante observación, examen físico, exámenes complementarios.

Por otro lado, en la guía de lineamientos generales de documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidado de enfermería recomienda aplicar registros organizados en la recolección de datos de la persona sana o enferma. El manejo de los patrones funcionales permite una valoración sistémica y planificada de datos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Características biológicas: En la Unidad de Cuidados intensivos coronarios aquí se debe valorar la edad, sexo, peso, estatura, hemodinamia, arritmias cardíacas, cardiopatías, paradas cardíacas, escalas de dolor, disnea, fatiga, descanso, perfusión tisular, reposo, presión arterial, glucemias, resistencia a insulina, edema, estado de hidratación, nutrición, dieta, exámenes de laboratorio, drenajes pleurales, drenajes cardíacos, funcionalidad de marcapasos si es portador de ello, efectos de tratamiento, reacción adversa a medicamentos, valoración pre y post operatorio.

Características psicológicas. – Se valoran aspectos de expresiones faciales de tristeza, depresión, apatía, insatisfacción, estado de ánimo, trastorno psiquiátrico, afrontamiento inadecuado, fracaso, temor, abuso, preocupación, inquietud,

adicción, violencia, duelo, fatiga, incomodidad, emoción, insatisfacción, baja autoestima, estrés, enojo, llanto, depresión, esperanza y actitudes del paciente (50).

Características Sociales. - Se valoran deterioro de vinculación, sufrimiento moral, dificultades económicas, religiosidad, bienestar espiritual, conflicto de decisiones, aislamiento.

Características espirituales. - Según Hernández E. se valora el sufrimiento espiritual, religiosidad, bienestar espiritual, conflicto de decisiones, creencias religiosas para la toma de decisiones. La valoración espiritual es muy importante para pacientes con problemas cardiovasculares y se hacen muy relevantes más aun cuando su enfermedad avanza y empeora.

En definitiva, la valoración espiritual es de vital importancia para pacientes que sufren enfermedades cardiovasculares, un apoyo emocional les puede mejorar la calidad de vida. Por esta razón, la enfermera debe utilizar instrumentos o modelos de valoración como la de Marjory Gordon en pacientes cardiacos, para facilitar la práctica clínica diaria basado en la evidencia científica y dejar constancia escrita de los cuidados proporcionados. La ausencia de evidencia científica en los registros clínicos de enfermería puede conducir a problemas en la calidad de cuidado y registros ineficientes.

Patrones funcionales de Marjory Gordon: Los patrones recogidos con o sin alteraciones funcionales, deben estar plasmados en la nota de enfermería y a continuación se describen:

- *Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.* Aquí se valora hábitos higiénicos personales, vivienda, vestido, vacunas, alergias, hábitos tóxicos, accidentes laborales, enfermedad, consumo de drogas, fuma, hospitalización, cirugías, fármacos, estilo de vida y conductas saludables.

- *Patrón 2. Nutricional y metabólico:* En este patrón se valora alimentación, peso, talla, IMC, temperatura, fiebre, hipertermia, hipotermia, problemas de deglución, nutrición enteral, nutrición parenteral, dieta por yeyunostomía o naso yeyunal, caries, úlceras, náuseas, vómitos, pirosis, intolerancias alimenticias, dependencia, alergias a alimentación, valoración de piel, hidratación, presencia de sonda nasogástrica, lesiones cutáneas, lesiones en mucosas, abscesos, lipomas, verrugas y heridas, test de Bradem o Norton.
- *Patrón 3. Eliminación:* Aquí se valora función intestinal (consistencia, forma, melenas), uso de laxante, enemas, presencia de estomas, distensión abdominal, micciones, urostomias, presencia de, sonda vesical incontinencias, diarrea, estreñimiento, nicturia, poliuria, retención urinaria, disuria, dolor abdominal.
- *Patrón 4. Actividad y ejercicio:* Aquí se valora estado cardiovascular, arritmias cardíacas, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, cambios en electrocardiograma, asma, disnea, cianosis, saturación de oxígeno, tos nocturna, expectoraciones, tolerancia a la actividad, agitación, sedentarismo, tono muscular, edema, hipotonía muscular, inmovilizaciones, paresias, escala de caídas.
- *Patrón 5. Sueño y descanso:* Valora ventilación, temperatura agradable, ruidos, siestas, descanso, ansiedad, depresión, dolor a intervenciones quirúrgicas, dolor precordial, escalas de dolor, apneas, somnolencia nocturna, insomnio.
- *Patrón 6. Cognitivo y perceptual:* En este patrón se registran nivel de consciencia, escala de Glasgow, nivel de instrucción, dificultad en la toma de decisiones, alteraciones cognitivas, problemas de lenguaje, depresión,

fobia, alteraciones perceptivas, dolor, localización del dolor, irritabilidad, frío, hambre,

- *Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto:* Se valora problemas cognitivos, afectivos o físicos, imagen corporal, identidad, autoimagen, problemas de conducta, nerviosismo, angustia, ansiedad, confusión, tristeza.
- *Patrón 8. Rol y relaciones:* Aquí se valora estructura familiar, rol familiar, fracasos, conflictos, satisfacción, abandono, aislamiento social.
- *Patrón 9. Sexualidad y reproducción:* Aquí valora menarquia, menopausia, métodos anticonceptivos, embarazos, aborto, problemas de aparato reproductor.
- *Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés:* Aquí se valora confianza, nerviosismo, enojo, problemas de vida, negación de problemas, preocupación excesiva.
- *Patrón 11. Valores y creencias:* Aquí se valora religión, creencias, sufrimiento emocional, sufrimiento espiritual.

4.5.2. Diagnóstico

El diagnóstico de enfermería es la anotación de la respuesta humana del paciente ante una alteración del estado biológico, psicológico, social y espiritual que la enfermera fórmula para luego mejorarlas, mantenerlas o prevenirlas.

Como afirma Carlson: «El diagnóstico de enfermería es la manifestación del estado de alteración, potencial o real, de la salud de un usuario o usuarios, que se deriva de una valoración de enfermería y que requiere la actuación por parte del profesional de enfermería».

Por otro lado, NANDA-I (2018): «El diagnóstico enfermero es el juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario».

Evidentemente los diagnósticos de enfermería se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas. Existen varias, pero para los profesionales de la enfermería, la utilización de la taxonomía NANDA es imprescindible en la práctica habitual de su profesión. Por lo tanto, deberá estar incluida en el formato de los registros clínicos, diagnósticos enfocados al problema, diagnóstico de riesgo, diagnóstico de síndrome y promoción de la salud.

Diagnóstico enfocado en el problema: Es un diagnóstico focalizado en el problema, tiene su etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias.

Diagnóstico de riesgo: Es la identificación de riesgos de problema que puede desencadenar una persona y describirlos utilizando la etiqueta de diagnósticos enfermeros, factor relacionado mediante conectores de evidenciado por, como se evidencia, como lo demuestra, relacionado con.

Diagnóstico promoción de la salud: Son respuestas humanas, describen el nivel de bienestar de una persona. Para su descripción se utiliza etiquetas de diagnóstico enfermero y en su característica definitoria evidenciado por, como lo demuestra, manifestado por, como lo evidencia.

En conclusión, según el Modelo de Enfermería cada institución de salud, diseñara la estructura de registros de diagnósticos de enfermería donde facilite la práctica diaria.

4.5.3. Planificación

Esta fase consiste en la elaboración de registros de diagnósticos de enfermería con verbo infinitivo y se concluye cuando se registra las intervenciones. Es el juicio del resultado de la valoración y consta de su importancia vital del problema encontrado, jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow, con lo que se determina los resultados esperados para lograrlos.

La enfermera debe registrar para su documentación situaciones que implica cambios de las respuestas humanas, con ello demostrar si ha mejorado, mantenido o empeorado la situación de salud del paciente.

Es evidente que, si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos, pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades de acciones de enfermería y la guía de evaluación.

4.5.4. Ejecución

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan de cuidados sino para valorar y evaluar el estado de salud del paciente. Por otro lado, decimos que las intervenciones de enfermería se comunican verbalmente como de manera escrita.

Según la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), las intervenciones están listados en orden lógico empezando por lo primero que deberá realizar el profesional de enfermería y concluyendo por lo último en lo que deberá hacer. La enfermera debe identificar los resultados para cada paciente, no todas las actividades se realizan para cada paciente.

El registro de las actividades de enfermería en su práctica diaria tiene el objetivo de garantizar la continuidad y seguridad del paciente, evitando mala praxis en su atención, facilitar la comunicación escrita entre los profesionales de salud.

Toda intervención de enfermería debe ser plasmado en la hoja de registro propio de la enfermera, la cual es la evidencia escrita del cuidado otorgado al paciente y es preciso documentar de manera correcta y científica. Por lo mencionado las intervenciones científicas, permiten al desarrollo de la profesión y calidad de atención en los hospitales.

4.5.5. Evaluación

En esta etapa se registra la evaluación del progreso hacia los objetivos identificados, de los cuidados otorgados en base a las necesidades identificadas. En los registros clínicos esta etapa es olvidada por las profesionales de enfermería o mal evaluadas, en su mayoría dejan evidencias escritas, paciente queda de control. Sin embargo, es importante dejar constancia escrita de la evolución del paciente para valorar el seguimiento o ajustar el plan de cuidados de enfermería como para evitar la replicación de documentación e información de las acciones realizadas durante el turno correspondiente.

Si el progreso de la evaluación es negativo, se debe cambiar el plan de cuidado enfermero, si tiene evolución positiva, se debe cerrar el plan y buscar nuevos problemas. Un fallo o fracaso de meta planteada resultara pobre en su evaluación.

Según la clasificación de resultados de enfermería, los registros de NOC nos son valoraciones de proceso de atención de enfermería, describen estado del paciente en un momento concreto después de una intervención que se espera y pueden indicar una mejora o un deterioro del estado de salud. Los resultados permiten a la enfermera a documentar la práctica diaria y medir en valor de cuidado de enfermería en la práctica.

4.6. Código Deontología de Enfermería en México “Ley 911 de 2004 para la creación de registros”

Generalmente los registros de enfermería son documentos específicos que hacen parte de la historia clínica. Describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda.

Sin duda, deben elaborarse de forma ordenada, veraz, coherente y legible, escritos con bolígrafo azul (turno mañana), negro o verde (turno tarde) y rojo (turno noche), según norma interna de la institución. No borrar ni utilizar líquido corrector o tachar los errores cometidos al realizar el registro. La gráfica resultará ilegible y puede dar la impresión de que se ha intentado ocultar información o desfigurar el registro (47). Utilizar siglas distintas a las aprobadas internacionalmente. Las siglas pueden generar interpretaciones diferentes a la que realmente corresponde.

Por otro lado, registrar signos vitales y alteraciones. No escribir comentarios de represalias o críticas sobre el paciente o sobre la asistencia realizada por otros profesionales de la asistencia sanitaria. Registrar únicamente hechos. Los errores en el registro pueden llevar a errores en el tratamiento.

Para cumplir con las notas de enfermería, no se deben dejar espacios en blanco. En efecto, debe ser preciso y fiable. Otra persona puede añadir información incorrecta en los espacios.

En definitiva, todas las anotaciones registrar de forma legible. Las anotaciones ilegibles pueden ser interpretadas erróneamente, dando lugar a errores y pleitos. Anotar indicaciones nuevas, suspensión o cambios de tratamientos según la indicación médica, avalado con su firma y sello. Comience cada anotación con la fecha y hora de realización, el nombre completo y termine con su firma y número de matrícula profesional. La firma documenta quién es el responsable de la asistencia prestada. Nunca registrar los cuidados de enfermería antes de ejecutarlos.

No obstante, las profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos deben familiarizarse con las normas vigentes de los registros del expediente clínico y conocer las normas profesionales del servicio.

4.7. Código de ética y deontología médica en Bolivia

Según el Código de ética y deontología médica en Bolivia, en su capítulo XVII, artículo 128 de los documentos médicos, indica que el expediente es un conjunto de documentos escritos de orden médico legal, de propiedad del médico en el ejercicio privado y de las instituciones públicas o particulares en el ejercicio institucional. Debe contener toda la información sobre la apreciación y evolución clínicas, los procedimientos médicos efectuados (procedimientos de enfermería) y los exámenes complementarios realizados. En el artículo 129 (legalidad de la historia clínica), indica que debe ser elaborada de forma clara y legible, debe llevar siempre el sello y firma del médico tratante (enfermera responsable), quien es el responsable de su contenido (51).

Evidentemente, las notas de enfermería son inútiles para los otros profesionales si no pueden descifrarlas lo que está escrito y ante un proceso legal pueden actuar en su contra, ya que el auditor puede interpretar como un registro con omisiones.

Además, en su artículo 130 (No adulteración), el expediente clínico constituye un documento médico legal, único y su contenido no puede ser modificado o adulterado en beneficio del médico, terceras personas, o perjuicio del paciente. Por último, alterar nunca un registro con borrones, líquido corrector, ni emborronar, si se cometió un error corregirlo trazando una línea tachando las palabras escritas o ponerlo entre paréntesis y escribir "error" y poner sus iniciales, si lo hace podría implicar un intento de encubrir una evidencia de mala praxis.

4.8. Registro de enfermería desde el punto de vista moral y profesional

No cabe duda, la ausencia de los registros puede entenderse como una falta legal y profesional de enfermería. que pone en duda la responsabilidad profesional de las acciones que realiza. Lamentablemente la falta de registro de la información es uno de los motivos de mala práctica en enfermería. Por supuesto el incumplimiento de responsabilidades propias de la enfermera profesional puede originar consecuencias legales como la iatrogenia, mala práctica y negligencia.

4.9. Los registros de Enfermería desde la Perspectiva Ética

La ética fundamenta al desarrollo y responsabilidad profesional. La enfermera, los registros y la ética se complementan, por eso los principios bioéticos siempre están presente en todo momento de atención del paciente-enfermera, siendo esta una guía hacia una atención con calidad y seguridad del paciente.

La enfermera no debe olvidar las responsabilidades de principios y valores éticos deben desempeñar su trabajo y registros cumpliendo ética profesional.

4.10. Fines de los registros de enfermería

Las anotaciones de enfermería son elaboradas con varios fines:

Fines asistenciales: A todas las intervenciones que realiza el profesional de enfermería durante el proceso de atención al paciente sano o enfermo.

Fines de docencia: A todas las actividades que realiza el profesional de enfermería directamente relacionadas con la educación de salud continua y para la formación de los estudiantes de enfermería para la salud.

Fines de investigación: A las intervenciones que realiza el profesional de enfermería para aplicar el proceso científico y validación del conocimiento científico de esta área, permitiendo su ejecución basados en la evidencia científica contribuyendo así, en calidad de atención y seguridad del paciente (52). Además, proporciona datos para la programación, control y evaluación epidemiológica de enfermedades prevalentes y para el estudio e información de condiciones patológicas.

Fines Administrativos: A todas las actividades que realiza la enfermera para gestionar recursos materiales científicos y técnicos del equipo o recursos humanos necesarios, para brindar cuidados enfermeros eficientes y así alcanzar a metas de calidad de atención que exige las normas internacionales (33).

Fines de gestión y planificación de recursos: A todas las actividades que realiza la profesional de enfermería con el fin de brindar información primaria, junto con las acciones para elaborar registros eficaces de la ejecución de atención.

Fines de reflejo de la satisfacción: A todas las actividades registradas en el expediente clínico de los cuidados otorgados por la enfermera y de manera segura, satisfaciendo las necesidades al paciente. Además, los registros

científicos quedan reflejadas como actividades independientes del rol de autonomía de enfermería.

Fines estadísticos: Los datos que se obtienen al registrar, ayudan a un servicio a planificar y prevenir necesidades futuras de la población. Así los supervisores del servicio pueden llegar a determinar cargas asistenciales, personal enfermero o auxiliar que se necesita, en función de los cuidados otorgados. Además, proporciona datos para la aplicación y cumplimiento de las múltiples finalidades que tiene el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del sistema de referencia, resolución y contrarreferencia dentro del funcionamiento de las redes de servicio.

Jurídica legal: La historia clínica del paciente es un documento legal aceptado como prueba en un juicio clínico, ante demandas de "mala práctica". Es un documento de evidencia primaria sobre lo acontecido con el paciente y las actuaciones y responsabilidades del establecimiento y el personal que tomo parte de su atención.

Los registros de enfermería expresan de manera escrita las evoluciones del paciente frente al cuidado recibido, constituyéndose así en un documento médico-legal que ante demandas puede respaldar o hundir a la profesional.

Control de calidad asistencial: A través del expediente clínico se puede verificar el cumplimiento a normas y protocolos que se enmarcan en la calidad de atención.

La Comunicación: Los registros de enfermería son un medio de comunicación entre los profesionales de salud que atienden al paciente, evitan duplicidad de información y permite la continuidad de los cuidados. La comunicación escrita permite hacer anotaciones de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de atención del paciente.

4.11. Modelos de anotaciones de Enfermería

Según Apaza B. afirma que existe diversas formas de redacción y presentación de anotaciones de enfermería, las cuales son:

Anotaciones Narrativas: Los registros narrativos es el método tradicional de los cuidados otorgados de enfermería, método más comprensible y fácil de elaborar por las enfermeras profesionales, donde anota de manera cronológica el estado general del paciente, tratamientos administrados, intervenciones ejecutadas y la respuesta de evolución del paciente (53).

Anotaciones orientadas al problema (modelo SOAPIE): Hoy en día las enfermeras utilizan este registro de sistema de sistema orientado al problema, paralelo del proceso de atención de enfermería incluye la recolección de datos subjetivos, objetivos, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación del paciente de los hechos ocurridos durante las 24 horas. En este sistema la información escrita está enfocado al problema del paciente y no hacer registros narrativos, ni repetitivas de las acciones realizadas por la profesional de enfermería. El formato de registro es sistematizado de tipo específico y estructurado mediante la sigla SOAPIE.

Modelo: SOAPIE: Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente sano o enfermo. El método SOAPIE refleja la aplicación del proceso de atención enfermero (54). La Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios registra con el modelo SOAPIE todas las actividades realizadas al paciente, con el fin de comunicar el proceso de atención de enfermería. En la actualidad algunas instituciones en Bolivia están aplicando en sus registros el método sistematizado de diagnósticos de enfermería (NANDA), intervenciones de enfermería (NIC) y resultados de enfermería (NOC).

Anotaciones focus (DAR): Es un método de organizar las intervenciones de enfermería y están estructuradas en tres categorías (DAR):

- D: Datos subjetivos y objetivos (incluye signos, síntomas y emocional)
- A: Intervenciones de enfermería ejecutadas.
- R: Evaluación de las intervenciones de enfermería.

4.12. Marco Referencial

El Hospital Obrero N° 1, se encuentra en la ciudad de La Paz, pertenece a la Caja Nacional de Salud. Está ubicado geográficamente en la zona Miraflores, avenida Brasil #1745 entre las calles Lucas Jaimes y José Gutiérrez.

Este nosocomio es el principal Centro hospitalario de referencia de otros niveles de atención, que fue entregado el 9 de abril de 1955 por el ex presidente de la República Dr. Víctor Paz Estensoro e inaugurado el 31 de octubre de 1955, con una capacidad de 150 camas de hospitalización, con la creación del seguro Social General y el Seguro de Riesgo Profesional.

El hospital cuenta con servicios de alta complejidad por lo cual se le considera un Hospital de tercer nivel, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades, subespecialidades, funciones de docencia asistencial e investigación, cuenta con recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que les permite prestar atención durante las 24 horas del día y los 365 días del año. Además, cuenta con profesionales altamente calificados que prestan servicios de la mejor forma posible para todos los pacientes que así lo necesiten (55).

El Hospital Obrero N° 1 cuenta con los siguientes servicios: Asistencia de especialidades de Enfermería, Trabajo Social, Traumatología, Cirugía, Medicina Interna, Urología, Oncología, Neurología, Psiquiatría, Psicología, Reumatología, ORL, Admisión, Archivo, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Supervisión, Sala de reuniones, Deposito, Baños, dirección, Subdirección, Estadística,

Administración, Sector de farmacia, Consultorios de Fisioterapias, Laboratorios de análisis clínico, Bacteriologías, Hemoterapia, Imagenología, Ecografía, Rayos X y Tomografía, Servicio de Emergencias, Consultorios, Sala de Reanimación, office de Enfermería, Cubículos con sus respectivas camillas. También cuenta con servicios restringidos como el servicio de UCI, UCIN de Cirugía, UCIC, Centro Quirúrgico y Central de Esterilización. La Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios brinda atención a pacientes con problemas cardiovasculares. El servicio está compuesto por siete camas.

Este Hospital cuenta con profesionales médicos intensivistas, clínicos, enfermeras, auxiliar en Enfermería, Administrativos, estadísticos, radiólogos, psicólogos, psiquiatras.

Misión: La misión de la Caja Nacional de Salud a través de sus Administraciones Regionales y Agencias Distritales es brindar protección integral en el campo de la salud a toda su población protegida, como parte activa y componente de la población boliviana. Se rige por los principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad y Eficacia en el otorgamiento de las prestaciones de salud, optimizando el uso de recursos y buscando ampliar el nivel de cobertura.

Visión: La Caja Nacional de Salud busca mantener el liderazgo nacional en la provisión de seguros de corto plazo, con efectividad, equidad y calidad probada.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los registros de la hoja de monitoreo hemodinámico elaboradas por la profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios son un documento propio de la enfermera con responsabilidad de índole profesional y legal, se basan en principios éticos y morales, por lo que es preciso contar con registros científicos para garantizar la calidad de cuidado (56). La enfermera a partir de sus registros clínicos puede transformar el conocimiento común en conocimiento científico y contribuir con ello a la autonomía profesional (1).

Es evidente, que los registros mal elaborados, ilegibles, con borrones, tachaduras, incompletos, con ausencia de firma y sello pueden comprometer la seguridad, información y la continuidad de cuidado del paciente. Siendo una falta legal, ética y profesional, que ante una legalidad se puede interpretar de manera errónea que comprometería su profesión (38).

En Suecia la utilización de un registro clínico de cuidados enfermeros de manera integral, permite una actuación de profesionales mucho más integradas en la atención. Mientras que, en La Paz la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios perteneciente al Hospital Obrero Nro. 1, la mayoría de los cuidados otorgados a los pacientes no quedan registradas, lo que hace invisible nuestra profesión.

Por todo lo mencionado, la elaboración de los registros de enfermería debe apoyarse en las normas de American Nurses Asociaton (ANA), la Joint Comission Accreditationof Health care Organizations (JCAHO), en el Modelo de cuidado de enfermería y norma técnica del expediente clínico, solo a través de ellas se pueden juzgar la calidad del cuidado del paciente y evidencia científica.

En el área de enfermería, un reto para la gestión de calidad de la documentación de enfermería consiste en lograr procesos de mejora continua, en busca de mejoramiento de atención.

Por todo ello se debe reestructurar la hoja de monitoreo hemodinámico en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios para que toda acción u observación de enfermería quede registrada de forma precisa, objetiva, exacta, legible, clara, simultánea y sistematizada. Una mejora en el sistema de comunicación organizacional podría enriquecer la estandarización de los registros y ayudar a crear mayores niveles de conciencia sobre la magnitud y la trascendencia de los registros de enfermería (16).

5.1. Pregunta de investigación

¿Será necesario el cumplimiento de los registros de la hoja de monitoreo hemodinámico realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021?

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar el cumplimiento de los registros de la hoja de monitoreo hemodinámico realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

6.2. Objetivos Específicos

- Identificar el cumplimiento del registro de la hoja de monitoreo hemodinámico de enfermería según su estructura en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.
- Describir el cumplimiento del registro de la hoja de monitoreo hemodinámico de enfermería según su contenido en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.
- Verificar el cumplimiento del registro de enfermería en sus variables de estructura y contenido según la normativa legal.
- Proponer la reestructuración de la hoja de monitoreo hemodinámico basado en taxonomías (NANDA, NIC, NOC).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Cuantitativo: El presente estudio es de enfoque cuantitativo, porque mide hechos susceptibles a ser medidos, siendo en este caso registros según su contenido y estructura de forma ordenada y sistematizada, realizados por el profesional de enfermería. Este enfoque es estructurado y analiza información que se obtiene a través de diversas fuentes, usa instrumentos estructurados y validados (57).

Retrospectivo: En el estudio es retrospectivo el investigador suele utilizar bases de datos administrativas, historias clínicas, encuestas o entrevistas pasadas elaboradas con anterioridad al estudio (58). En este sentido, la presente investigación consideró los registros de enfermería de enero a octubre de 2021.

Descriptivo: El diseño descriptivo está dado porque este tipo de investigaciones analiza las características de una población sin entrar a conocer las relaciones entre ellas (59). Determina características de la hoja de registro de monitoreo hemodinámico realizado por el profesional de enfermería, variable que se estudiara en una población.

Corte transversal: El estudio es transversal porque la recolección de datos se realizará en un determinado tiempo.

7.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Obrero N°1, que se encuentra ubicado en la ciudad de La Paz, zona Miraflores. El Hospital Obrero N°1 es un hospital de tercer nivel que atiende a pacientes a asegurados en la Caja Nacional de Salud, es el centro de referencia de la ciudad de La Paz, cuenta con especialidades de Unidad de Terapia Intensiva Adulto, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, Unidad de Terapia de Cuidados Intermedios, Medicina Interna, Gastroenterología, Endocrinología, Neumología, Reumatología, Hematología, Inmunología, Cirugía General, Cirugía Maxilo Facial, Cardiología, Neurocirugía, Neurología, Urología, traumatología, Cirugía vascular, Quirófano, esterilización, con equipamiento moderno, con especialistas calificados (55).

La Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios cuenta con 8 camas, atiende a pacientes con compromiso cardiovascular por profesionales competentes durante las 24 horas.

7.3. Población y muestra

7.3.1. Población

La población está constituida por registros de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero N°1, enero a octubre, 2021. La población total está constituida de 163 registros de enfermería.

7.3.2. Muestra

La muestra es una porción que refleja la población, en este sentido para el presente estudio se obtuvo la muestra a través de una fórmula y fue estratificada.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N * e^2) + (Z^2 * p * q)}$$

Dónde:

N= Tamaño de la muestra = ?

Z= Nivel de confianza = 95% = 1,96

N= Población de estudio = 163 Historias clínicas

e= Error de estimación = 0.05

p= probabilidad de éxito = 0.5

q= Probabilidad de fracaso= 0.5

Sustituyendo los datos de acuerdo a la formula se obtiene lo siguiente:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * ...}{(163 * 0.05^2) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{40.75}{0.405 + 0.9604}$$

$$n = \frac{40.75}{1.3654}$$

$$n = 114.65$$

Por lo tanto, se tiene

n = 115 registros de enfermería

La muestra determinada por 115 registros de enfermería recolectados de forma estratificada de la siguiente manera:

Estratificación de la muestra

MES	HISTORIAS DE ENFERMERÍA	CÁLCULO POR MES
Enero	5	4
Febrero	14	10
Marzo	17	12
Abril	16	11
Mayo	19	13
Junio	9	6
Julio	16	11
Agosto	23	16
Septiembre	22	16
Octubre	22	16
Total	163	115

También se aplicó criterios de inclusión y exclusión, como se explica a continuación.

7.4. Criterio de inclusión y exclusión

7.4.1. Criterio de inclusión

- Registros de enfermería realizados de enero y octubre de 2021.
- Registros de enfermería realizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.
- Registros de enfermería de pacientes internados por más de tres días.

7.4.2. Criterios de exclusión

- Registros de enfermería realizados en otras gestiones diferentes al 2021.
- Registros de enfermería realizados en otras unidades diferentes a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.
- Registros de enfermería de pacientes internados menos de tres días.

7.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA
Cumplimiento del registro de enfermería según su estructura.	El cumplimiento del registro según su estructura es la recopilación indispensable de datos del paciente, monitoreo hemodinámico, respiratorio, administración de medicamentos y reacción adversa, balance hídrico como monitoreo de accesos vasculares, desde el día de su admisión hasta el día del alta (38).	Será medido a través del instrumento de investigación (guía de observación), que incluye preguntas sobre registros en sus 4 dimensiones. Los resultados se interpretarán como: Aplica No Aplica	OBJETIVIDAD	Cualitativa nominal	Objetivas, exactas, fiable, secuencial.	Aplica No Aplica
					Información subjetiva entre comillas.	Aplica No Aplica
			PRECISIÓN Y EXACTITUD	Cualitativa nominal	Datos del paciente: edad, C.I. N° HCL, fecha de ingreso, días de internación, peso, talla.	Aplica No Aplica
					Grupo y factor sanguíneo, alergias.	Aplica No Aplica
					Signos vitales, oxigenoterapia, dieta, drogas vasoactivas, vasodilatadores, sedación y analgesia.	Aplica No Aplica
					Cuidados de marcapaso, catéter cardiaco, drenajes pleurales, catéter central, periférico, sondas, parada cardiaca, desfibrilación y cardioversión.	Aplica No Aplica
					Reacción adversa a medicamentos administrados.	Aplica No Aplica
					Abreviaturas estandarizadas.	Aplica No Aplica
					Ingeridos, eliminados, balance parcial total.	Aplica No Aplica
					Estudios de laboratorio, Rayos X, electrocardiograma, ecografía, eco transtorácica.	Aplica No Aplica
					Fecha de instalación, reinstalación, curación de catéteres, sondas, drenajes, cultivos.	Aplica No Aplica
					Vigilancia y control de accesos intravasculares.	Aplica No Aplica
			LEGIBILIDAD Y CLARIDAD	Cualitativa nominal	Letra legible y ortografía correcta.	Aplica No Aplica
					Registro con enmendaduras, borrones, corrección con radex.	Aplica No Aplica
					Firma y sello de la profesional.	Aplica No Aplica
			SIMULTANEIDAD Y CONCISIÓN	Cualitativa nominal	Simultáneos.	Aplica No Aplica
					Elaboración de registro después de intervenciones.	Aplica No Aplica

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE M.
Cumplimiento de registro de enfermería según su contenido.	El cumplimiento de los registros de enfermería en su contenido, es la expresión de un hito histórico que subyace de la interacción en la praxis de la profesión; este hecho lleva a una reflexión acerca del papel que cumple el profesional de enfermería en la elaboración y aplicación de las acciones que en materia de evaluación permiten el fundamento metodológico científico de las notas (38).	Será medido a través de instrumento de investigación (guía de observación), que incluye preguntas sobre registros según su contenido en sus 5 dimensiones. Los resultados se interpretarán como: Aplica No Aplica	VALORACIÓN	Cualitativa nominal	Datos objetivas, subjetivas	Aplica No Aplica
					Escala de DOLOR, RAMSAY, CAÍDAS, BRADEM.	Aplica No Aplica
			DIAGNÓSTICO	Cualitativa nominal	Utiliza herramientas de diagnóstico de enfermería.	Aplica No Aplica
					Formula adecuadamente diagnóstico enfermero.	Aplica No Aplica
			PLANIFICACIÓN	Cualitativa nominal	Planifica resultados esperados con verbo infinitivo, es medible y evaluable.	Aplica No Aplica
			EJECUCIÓN	Cualitativa nominal	Ejecuta actividades según objetivos planeados.	Aplica No Aplica
					Aplica intervenciones con uso de intervenciones de enfermería (NIC).	Aplica No Aplica
			EVALUACIÓN	Cualitativa nominal	Evalúa resultados planeados con resultados obtenidos.	Aplica No Aplica

7.6. Técnicas y procedimiento

La recolección de la información tuvo lugar en los archivos del Hospital Obrero N°1, de la ciudad de La Paz, para ello fue necesario usar una hoja de instrumento de investigación (guía de observación) que fue organizada según las variables indicadas en la operacionalización de variables, el instrumento tuvo 25 ítems. Los mismos que reflejan el cuidado integral que se brinda a los pacientes en el registro de enfermería. (Ver Anexo 2).

El instrumento pasó por un proceso de validación, para ello primero fue analizado por tres expertos en el área, los mismos que realizaron observaciones y recomendaciones a cada uno de los indicadores, con el fin de mejorarlo, una vez subsanado las observaciones firmaron al pie del mismo como conformidad con el mismo. (Ver Anexo 3).

7.7. Plan de análisis

7.7.1. Instrumentos de colección de datos

Se presentó el proyecto de investigación a la Unidad de Post grado de la Facultad de Medicina.

Se emitió carta de solicitudes de autorización para la ejecución del proyecto al director del Hospital Obrero N°1 de la ciudad de La Paz. Una vez obtenida la autorización, para su aplicación, se coordinó con la responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, con la supervisora de enfermeras y responsable de archivos, para la obtención de los registros de enfermería que cumplan con criterios de inclusión (Ver Anexo 1).

Para la valoración de registro de enfermería fue de análisis documental y se utilizó instrumento de investigación (guía de observación) de registro según su contenido y estructura para determinar registros de monitoreo hemodinámico en

la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios. La escala será dicotómica si aplica o no aplica.

7.8. Aspectos éticos

En la presente investigación se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Principio de Autonomía: La recolección de datos fueron únicamente con fines de investigación.

Principio de Beneficencia: Los resultados de la investigación refuerza la importancia del lenguaje enfermero.

Principio de Justicia: Se seleccionó registros de enfermería según fórmula de cálculo de tamaño de la muestra.

Principio de No Maleficencia: El estudio no perjudicó ni causó ningún daño a la institución, ni a los pacientes, por ser un estudio descriptivo.

VIII. RESULTADOS

8.1. Resultados de los registros según su estructura

TABLA N° 1

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Objetividad, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra de forma objetiva, exacta, fiable y secuencial.	32	28%	83	72%	115	100%
Registra entre comillas la información subjetiva del paciente.	51	44%	64	56%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

Los resultados mostraron que en el cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico según su estructura el 28% registra de forma objetiva, exacta, fiable y secuencial, pero el 72% no lo registra de esta manera. En el indicador registra entre comillas la información subjetiva del paciente el 44% lo aplica bien y el 56% no aplica (Ver Anexo N° 4).

INTERPRETACIÓN

Si el registro no es fiable, exacta y secuencial, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si la profesional responsable está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones y decisiones. La información subjetiva se debe registrar entre comillas.

TABLA N° 2

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Precisión y exactitud realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra datos del paciente (Nombre completo, edad, carnet de identidad, dirección, N° de Historia Clínica, N° de cama, fecha de ingreso, días de internación, peso y talla.)	96	83%	19	17%	115	100%
Registra grupo y factor sanguíneo y alergias.	0	0%	115	100%	115	100%
Registra signos vitales, oxigenoterapia, dieta, drogas vasoactivas, vasodilatadores, sedación, analgesia.	88	77%	27	23%	115	100%
Registra cuidados de marcapasos, catéter cardiaco, drenajes, pleurales, catéter central, periférico, desfibrilación y cardioversión.	37	32%	78	68%	115	100%
Registra reacción adversa a medicamentos administrados.	0	0%	115	100%	115	100%
Registra en la nota de enfermería, abreviaturas estandarizadas.	61	53%	54	47%	115	100%
Registra ingeridos y eliminados, balance parcial y total.	105	91%	10	9%	115	100%
Registra estudios de laboratorios, Rayos X, electrocardiograma, ecografía, eco transtorácica.	101	88%	14	12%	115	100%
Registra fecha de instalación, reinstalación, curación (catéteres, sondas, drenajes, cultivos).	7	6%	108	94%	115	100%
Registra vigilancia y control de accesos intravasculares.	0	0%	115	100%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

En el cumplimiento de la hoja de monitoreo según la estructura considerando la precisión y exactitud se conoció que el 83% aplica el registro de los datos generales del paciente, pero el 17% no lo aplica. En indicador registro del grupo y factor sanguíneo y alergia ninguna realiza este registro, el 100% no aplica. En el indicador registro de signos vitales, oxigenoterapia, dieta el 77% aplica, pero el 23% no lo aplica. En el indicador registra cuidados de marcapasos, catéter cardiaco, drenajes pleurales, catéter venoso central, periférico el 32% aplica el 68% no aplica. En el indicador registra reacción adversa a medicamentos administrados ninguna realiza este registro, el 100% no lo aplica. En el indicador registra en su nota de enfermería, abreviaturas estandarizadas el 53% aplica el registro y el 47% no aplica. En el indicador registra ingeridos y eliminados, balance parcial y total el 91% aplica y el 9% no aplica. En el indicador registra estudios de laboratorios, rayos X, electrocardiograma, eco transtorácica, el 88% aplica y el 12% no aplica. En indicador registra fecha de instalación, reinstalación, curación (catéteres, sondas, drenajes, cultivos) el 6% aplica y el 94% no aplica. Finalmente, en el registro vigilancia y control de accesos intravasculares ninguno aplica y el 100% no aplica (Ver Anexo N° 5).

INTERPRETACIÓN

En los registros de precisión y exactitud se deben registrar todas las intervenciones como la administración de medicamentos, reacción adversa a fármacos, grupo y factor sanguíneo, dieta, signos vitales, monitoreo de accesos vasculares, balance hídrico, aspectos relevantes de laboratorio, entre otros y ser llenado por turno mañana, tarde y noche, con color de tinta según protocolo de la institución.

TABLA N° 3

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Legibilidad y claridad realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra con letra legible (letra imprenta) y ortografía correcta.	13	11%	102	89%	115	100%
El registro tiene enmendaduras, borrones, corrección con radex.	103	90%	12	10%	115	100%
A la conclusión de registro, firma y sella el o la profesional responsable.	68	59%	47	41%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

En el registro del cumplimiento de la estructura según la legibilidad y claridad se conoció que en el registro con letra legible y ortografía correcta el 11% lo aplica y el 89% no aplica, en el cumplimiento del registro si se encuentra con enmendaduras, borrones el 10% aplica y el 90% no aplica, porque los registros se encuentran con correcciones sobre todo con rádex. En el indicador a la conclusión del registro, firma y sella el o la profesional responsable el 59% aplica y el 41% no aplica (Ver Anexo N° 6).

INTERPRETACIÓN

Escribir de manera ilegible, con borrones, dan lugar a interpretaciones erróneas para el profesional que lea e interprete los registros.

TABLA N° 4

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Simultaneidad y concisión realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a febrero, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Los registros son simultáneos según procedimientos.	68	59%	47	41%	115	100%
Elabora registros, después de realizar intervenciones al paciente.	61	53%	54	47%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

Los indicadores que corresponden a la estructura en simultaneidad y concisión en el ítem registros simultáneos según procedimientos el 59% aplica y el 41% no lo aplica. En el ítem elabora registros, después de realizar intervenciones al paciente el 53% aplica y el 47% no aplica (Ver Anexo N° 7).

INTERPRETACIÓN

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la atención del paciente y no dejarlos para la final del turno, de ser así puede resultar incompleta y ante un proceso legal, el registro puede reflejar erróneo, calificando como un profesional no eficiente.

8.2. Resultados de los registros según su contenido

TABLA N° 5

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Valoración, realizado por el profesional de enfermería, unidad de cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra valoración de datos objetivos, subjetivos.	55	48%	60	52%	115	100%
Registra valoración de escalas de DOLOR, CAÍDAS, BRADEM.	23	20%	92	80%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

El cumplimiento de los registros de enfermería según su contenido en su ítem valoración de datos objetivos y subjetivos se conoció que el 48% sí aplica, el 52% no aplica. En el ítem valoración de escalas de Dolor, Caída, Bradem el 80% no aplica y el 20% si aplica (Ver Anexo N° 8).

INTERPRETACIÓN

La valoración de enfermería permite orientar al personal a la mejor toma de decisiones para intervenir con acciones y cuidados que necesita la persona para mejorar o mantener su salud.

TABLA N° 6

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Diagnóstico, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Utiliza la herramienta de diagnóstico de enfermería para su formulación de diagnóstico.	43	37%	72	63%	115	100%
Formula adecuadamente el diagnóstico enfermero.	33	29%	82	71%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

Según su contenido en su ítem diagnóstico: utiliza herramienta diagnóstica de enfermería para su formulación de diagnóstico, el 63% no aplica y por otro lado el 37% si aplica. En el indicador formula adecuadamente el diagnóstico enfermero el 71% no aplica y el 29% aplica (Ver Anexo N° 9).

INTERPRETACIÓN

El diagnóstico de enfermería es la base para la selección de intervenciones y logro de objetivos que la enfermera desea alcanzar. Un diagnóstico mal elaborado es un proceso de atención de enfermería caótico.

TABLA N° 7

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Planificación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Planifica resultados esperados con verbo infinitivo y que la acción a cumplir sea medible y evaluable.	32	28%	83	72%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

En la variable planifica resultados esperados con verbo infinitivo y que la acción a cumplir sea medible y evaluable, el 28% aplica y el 72% no aplica (Ver Anexo N° 10).

INTERPRETACIÓN

Los resultados esperados determinaran la planeación de los cuidados para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social o espiritual, cada resultado deberá redactarse con verbo infinitivo y la acción a cumplir deberá ser medible y evaluable a corto, mediano o largo plazo.

TABLA N° 8

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Ejecución, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ejecuta actividades según objetivos planeados.	51	44%	64	56%	115	100%
Aplica intervenciones utilizando herramienta NIC o Guías de Práctica Clínica de enfermería.	0	0%	115	100%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

En el cumplimiento de los registros según la ejecución se conoció que en el ítem ejecuta la actividad según objetivos planeados el 44% aplica y el 56% no aplica. Por otro lado, en el ítem Aplica intervenciones utilizando herramienta NIC o Guías de Práctica Clínica de enfermería el 100% no lo aplica (Ver Anexo N° 11).

INTERPRETACIÓN

Para la aplicación de esta etapa se utilizarán las recomendaciones de intervenciones de enfermería o GPCE, como medicas para el cuidado de la persona. Estas guías son el resultado de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) convirtiendo el cuidado en Practica Basada en Evidencia científica, que guía a la enfermera a la mejor toma de decisiones, para contribuir a la atención segura y de calidad.

TABLA N° 9

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Evaluación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.

Opción	Aplica		No Aplica		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Evalúa resultados planeados con resultados obtenidos.	10	9%	105	91%	115	100%

Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

Finalmente, en la dimensión evaluación se constató que la evaluación según resultados planeados con resultados obtenidos el 91% no aplica, el 10% aplica (Ver Anexo N° 12).

INTERPRETACIÓN

Si la evaluación no se evalúa con resultados planeados, la enfermera no podrá evaluar con exactitud los objetivos establecidos para el paciente y las decisiones pueden ser no beneficiosa para el paciente.

IX. DISCUSIÓN

En el estudio de Castillo R. Villa C. Costales B. Moreta J. (2021), en Ecuador realizaron su estudio denominado “Calidad de las notas de Enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso”. En el estudio se revisaron 220 historias clínicas mostró que en la estructura de las notas de enfermería el 100% evidencias que están incompletas, inexactas, inconsistentes e intrascendentes. Además, el 100% de las historias clínicas se presentan con falta de ortografía, con carencia de información. En el presente estudio se mostró que el 89% no aplica el registro con letra legible e imprenta además del uso de ortografía. El 90% registra con borrones, corrección con radex, el 59% firma y sella al final de conclusión de las notas de enfermería.

Según el estudio de Ríos L. (2018), en Perú en su investigación denominado “Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacochapucallpa”. En este estudio se revisaron 126 hojas de enfermería donde el 63% no utiliza herramienta de diagnósticos de enfermería para una buena formulación de diagnóstico, el 80% no utiliza escalas de valoración de Dolor, Bradem, Ramsay, Caídas, el 100% no registra adecuadamente el plan de cuidados o intervenciones de enfermería. En el presente estudio en su contenido se mostró que el 60% no aplica una buena evaluación de resultados planeados con resultados obtenidos.

Según el estudio de Deheza G. (2018) en La Paz-Bolivia, realizó un estudio sobre “Calidad de la hoja de registro de enfermería según el proceso enfermero y SOAPIE en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Arco Iris”. Los resultados mostraron que el 74.1% presentó emendaduras, el 40.0% usaba corrector, el 57.3% tenía letra legible, el 100% dejaba líneas o espacios en blanco, el 17.3% colocaba sello, el 26.4% respetaba el formato, el 48.6% presentaba orden. En la presente investigación se identificó que el 59% de los registros no aplicaban

simultaneidad según procedimientos, el 53% registra después de realizar intervenciones. La cual puede resultar un registro incompleto e inexacta, pudiendo conllevar a errores en la seguridad del paciente.

X. CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente investigación son las siguientes:

- Con respecto al cumplimiento del registro de la hoja de monitoreo hemodinámico según su estructura se logró identificar en el ítem objetividad, solo el 44% registra entre comillas la información subjetiva. En cuanto a la dimensión precisión y exactitud ninguna profesional de enfermería registra grupo y factor sanguíneo, alergias, cuidados de marcapasos, catéter cardiaco, drenajes pleurales, catéter central, catéter periférico, paradas cardiacas, desfibrilación, cardioversión, reacción adversa a medicamentos administrados y monitoreo de accesos intravasculares. Por otro lado, en la dimensión legibilidad y claridad el 59% aplica con letra legible y ortografía correcta. Por último, en su dimensión simultaneidad el 53% aplica el registro después de realizar intervenciones de enfermería. En pocas palabras, se incumple a la normatividad de los registros de enfermería, esto implica unos registros caóticos.
- En cuanto al cumplimiento de registro de la hoja de monitoreo hemodinámico según su contenido, se logró describir que en su dimensión valoración se encontró incumplimiento en sus indicadores de escalas de DOLOR, CAÍDAS, BRADEM. En cambio, en el indicador formula adecuadamente el diagnóstico enfermero, solo el 37% lo aplican. Asimismo, en la dimensión planificación hay deficiencia de registro en la aplicación del uso del verbo infinitivo y que sus acciones sean medibles y evaluables. En su dimensión evaluación, un porcentaje bajo reevalúa las respuestas humanas. Entonces no se evidencia en la documentación la continuidad de cuidados, hay mala calidad de atención y el rol de autonomía de los profesionales es deficiente.

- Durante la ejecución de la investigación se verificó el incumplimiento del registro en su estructura y contenido de la hoja de monitoreo hemodinámico según las características normativas internacionales y nacionales. Se evidencio que la profesional de enfermería incumple a la normatividad de registros clínicos de enfermería. El estudio demostró que hay debilidad en los registros de llenado de proceso de atención de enfermería, donde se pierde datos muy importantes como la reevaluación según el objetivo planteado.

- Se logró reestructurar la hoja única de monitoreo hemodinámico de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, según las normas internacionales y nacionales, primera plana consta de llenado de datos generales, seguido de monitoreo hemodinámico, ventilatorio, neurológico, scores, nutrición, ingresos y egresos, monitoreo de accesos invasivos, realización de balance hídrico y en la hoja de atrás consta de valoración de enfermería por once patrones funcionales de Marjory Gordon, donde la enfermera solo marcara con un palomillo, el diagnóstico, intervención y evaluación de enfermería que necesite el paciente. Esta hoja ayudará a visibilizar la autonomía de la profesión de enfermera, garantizará la seguridad y evolución del paciente, favorecerá a la continuidad de cuidados individualizados y ante un proceso legal, será un instrumento de defensa, por todo ello la enfermera tiene la obligación de llenar si el servicio decide aceptar la propuesta (Ver Anexo 13, página 110-111).

XI. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que surgen de la siguiente investigación son las siguientes:

- Al Departamento de la Jefatura del Hospital Obrero y a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios promuevan la conformación de Comités de Supervisión en Monitoreo y Evaluación de la hoja única de los registros de Enfermería, a fin de mejorar la elaboración del registro enfermero y ante un proceso legal demostrar la mejor evidencia escrita de cuidados enfermeros.
- Que la Jefatura de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Obrero N°1, impulse a las enfermeras a retomar y actualizarse sobre la importancia teórica, metodológica y practica de los registros de enfermería, bajo un incentivo personal de otorgar reconocimiento a la enfermera que demuestre calidad en los registros, porque el estudio mostró que existen debilidades en su contenido y su estructura.
- Que los profesionales de enfermería elaboren instrumentos propios de registros de enfermería con apoyo de modelos en su valoración, como la de M. Gordon, es la más familiarizada con enfermería, la valoración es enfocado en lo biológico, psicológico, social y espiritual y vinculados con taxonomías de diagnóstico, intervenciones y evaluaciones de enfermería, a fin de facilitar el desempeño de enfermería en su práctica diaria.
- A futuros investigadores se sugiere realizar investigación sobre los factores de incumplimiento de los registros de enfermería, por la importancia médico-legal y desarrollo de la disciplina de enfermería.

- Capacitación constante a los profesionales de enfermería de la Unidad Coronaria, para el buen manejo de registros sistematizados.
- Se sugiere aplicar la propuesta que se presenta en la presente investigación porque se cree que será de gran beneficio tanto para la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, para el profesional de enfermería como para los pacientes internados.
- Capacitación de la hoja de monitoreo hemodinámico a los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, para garantizar la calidad de atención y excelente comunicación escrita entre los profesionales de salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Sobakar, Monica. Los registros de Enfermería: consideraciones ético legales. [Online].; 2017 [cited 23] octubre 2021. Available from: <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-nacional-de-siglo-xx/medicina-forense/normas-basicas-para-la-elaboracion-de-los-registros-de-enfermeria/12407601>.
2. Cuevas M. y et. al. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. [Online]. México.; 2019 [cited 2021 octubre 15]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3587/358757745010/html/>.
3. Rodriguez J. Calidad de notas de Enfermería de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sergio Bernales. [Online].; 2021 [cited 2021 Octubre 28]. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7047/Rodriguez%20_%20CJL.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Castillo R. y et. al. Calidad de las notas de Enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. [Online].; 2021 [cited 2021 octubre 16]. Available from: <https://polodelconocimiento.com>.
5. Soza C. y et.al. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la seguridad de la continuidad del cuidado. [Online].; 2020 [cited 2021 Octubre 23]. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n1/1988-348X-ene-14-1-e14112.pdf>.
6. Solis V. Desempeño laboral y registros de notas de Enfermería modelo SOAPIE en un Hospital Público de Lima. [Online].; 2019 [cited 26 octubre 2021]. Available from:

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3106/Vivian_Trabajo_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

7. Martín L. Utilidad de los registros de Enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros, España. [Online].; 2020 [cited 2021 octubre 27]. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bistream/handle/10324/42013/TFG-H1928.pdf?sequence=1>.
8. Peña E. y et al. Registros de Enfermería: Calidad de las notas en los servicios oncológicos. [Online].; 2019 [cited 2021 octubre 18]. Available from: <https://www.cienciaenfermería.org/index.php/rcae/article/view/62>.
9. Pariapaza J. y et al. Factores personales e institucionales y calidad de registros de Enfermería del Servicio de Medicina Interna Varones. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 30]. Available from: <https://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5153>.
10. López J. y et. al. La importancia del registro clínico de Enfermería: un acercamiento cualitativo. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 1]. Available from: <https://www.nureinvestigación.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326>.
11. Ríos Lisbeth. Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de Enfermería en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 3]. Available from: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2809/ENFERMERÍA%20-%20Lisbeth%20Rios%Garc%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. Hernández L. y et al. Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 14].

Available from:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81176/implementacion-de-circulos-de-calidad-para-la-mejora-del-registro-de-enfermeria/>.

13. Laura Y. Calidad de registros de Enfermería en la Historia Clínica del Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón. [Online].; 2017 [cited 2021 octubre 6]. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3989>.
14. Giraud P. Evaluación de calidad de los registros de Enfermería. en el sector de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Villa del Rosario. [Online].; 2017 [cited 2021 octubre 9]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-971331>.
15. Cajaleón L. Calidad de registros de Enfermería en el Servicio de Hospitalización de Medicina II del Hospital Alberto Sabogal-Callao. [Online].; 2017 [cited 2021 octubre 23]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/22474?show=full>.
16. Hernández E. y et al. Cumplimiento de los registros clínicos, esquema terapéuticos e intervenciones de Enfermería en un Hospital de segundo Nivel de Atención. [Online].; 2017 [cited 2021 octubre 14]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80646>.
17. López J. y et al. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [Online].; 2017 [cited 2021 septiembre 29]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000400293&script=sci_abstract.

18. Quispe E. Calidad de las notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [Online].; 2017 [cited 2021 septiembre 29]. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7088/Quispe_pe_pe.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Ruíz L. y et al. Coherencia diagnóstico/intervención de Enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado. [Online].; 2017 [cited 2021 Septiembre 19]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79256>.
20. Tsuma A. y et al. Calidad de los registros de Enfermería antes y después de la acreditación Hospitalaria en un Hospital Universitario Latino América Enfermagen. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 26]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GhmbLFnXfY4pQtcgGz/?format=pdf&lang=es>.
21. Uriarte R. Calidad de registro de las notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados /intensivos del Adulto del Hospital Regional Docente de Trujillo. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 25]. Available from: <https://dspace.unitru.edi.pe>.
22. Blas J. Efecto de la implementación de una cartilla para mejorar la calidad de las notas de Enfermería en el Servicio de Hospitalización del Hospital San Juan de Lurigancho. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 11]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1421>.
23. Cucho L. Calidad de las notas de Enfermería en los registros clínicos del Servicio de Hospitalización y Emergencia del Hospital Emergencias Pediátrica. [Online].; 2016 [cited 2021 Septiembre 15]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7081>.

24. Ruiz M. y et al. Factores determinantes de la calidad de los informes de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Quito. [Online].; 2015 [cited 2021 Octubre 5]. Available from: <https://www.dspace.uce.edu.ec/bistream/25000/4995/1/T-UCE-0006-169.pdf>.
25. Ames C. y et al. Calidad de los registros de Enfermería en la UCI de una clínica del nivel III. [Online].; 2015 [cited 2021 Octubre 6]. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bistream/handle/20.500.12866/7793/Calidad_AmesAvila_Cintha.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Regalado N. Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de Enfermería del Servicio de Emergencia-Hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz-Perú. [Online].; 2015 [cited 2021 Octubre 30]. Available from: <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bistream/autonmadeica/18/1/NE-LY%20ROSARIO%20REGALADO%20OLIVARES%20%20-%20FACTORES%20PERSONALES%20E%20INSTITUCIONALES%20NOTAS.pdf>.
27. Mariela, Huanca. Cumplimiento de Registros de Enfermería según el Proceso Enfermero, NANDA-NIC-NOC y normas internacionales realizado por el profesional de Enfermería en pacientes con VNI ingresados, unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital Norte, Julio 2019. 2019.
28. Flores V. Implementación de un nuevo modelo de hoja de registro con un lenguaje estandarizado en la Unidad de Terapia Intensiva del Adulto en la Clínica del Sur, Bolivia. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 30]. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/22207>.
29. Deheza G. Calidad de la hoja de registro de Enfermería según el Proceso Enfermero y SOAPIE en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Arco

- Iris, Bolivia. [Online].; 2017 [cited 2021 Septiembre 16]. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/21146?show=full>.
30. Quispe G. Calidad de Registros de Enfermería, Servicio de Obstetricia, Puerperio Quirúrgico, Hospital Materno Infantil CNS, segundo semestre, gestión 2013, Bolivia. [Online].; 2015 [cited 2021 Octubre 25. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/15548/TM-958.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 31. López J. y et al. Diseño y validación de un instrumento para evaluar la calidad de los registro de enfermería. Experiencias de la práctica. 2019.
 32. Ponti L. La evolución de la enfermera, Mexico. [Online].; 2015 [cited 2021 Septiembre 27. Available from: <http://www.teseopress.com/enfermeriayeducación/chapter/capitulo-i-la-evolución-de-la-enfermería/>.
 33. Torrecilla E. Necesidad de registrar en la profesión enfermera, España. [Online].; 2015 [cited 2021 Septiembre 27. Available from: https://www.recercat.cat/bistream/handle/2072/252220/TFG_Estefan%C3%ADa_Torrecilla_Cilleros.pdf?sequence=1.
 34. Fernández S. y et al. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. 2016.
 35. Diaz M. y et al. Calidad de registros de enfermería. Argentina. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 31. Available from: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10191/díaz-mara-teresa.pdf.
 36. Figueroa C. y et al. Calidad de los registros electronicos de enfermería y los factores que influyen en la Unidad del Cuidado. Perú. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 15. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/bistream/handle/20.500.12866/595/calidad+de+los+registros+electr%F3nicos+de+enfermer%EDa+y+los+factores+que>

+influy

en+la+Unidad+de+Cuidado+Intensivo+del+Hospital+Guillermo+Kaelin+de+la+Fuente+junio+2016.pdf:jsessionid=AF4C0.

37. Mercado S. La comunicación en enfermería: registros de enfermería. México. [Online].; 2019 [cited 2021 Octubre 18. Available from: <https://sites.google.com/site/lacomunicaciónenenfermería/registros-de-enfermería>.
38. Garcia S. y et al. Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería. España. [Online].; 2018 [cited 2021 Octubre 15. Available from: <https://www.nureinvestigación.es/OJS/index.php/nure/article/view/335/326>.
39. Aguilar A. y et al. Cumplimiento de Aplicación de un registro para la atención de paciente pediátrico UCI Hospital Cayetano H. 2017.
40. Sánchez J. y et al. Desarrollo del conocimiento de enfermería en busca del cuidado profesional, relación con la teoría crítica. Chile. [Online].; 2017 [cited 2021 octubre 5. Available from: <https://revenfermería.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>.
41. Cuevas M. y et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. Enfermera Nefrológica. 2019.
42. Posos M y et al. Modelo del cuidado de enfermería. 2018.
43. Morales I. y et al. Criterios de ingreso-egreso a las unidades de cuidados intensivos, sustendo legal aplicable. 2019; 73(1): p. 66-68.
44. López J. y et al. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. 2016.

45. Gonzales I. Como escribir un registro de enfermería. 2021.
46. Ministerio de Salud. Registro administrativo según el Ministerio de Salud Departamental en su artículo 14. Bolivia. [Online].; 2015 [cited 2021 Octubre 6. Available from: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calid/64%20Norma%20expediente%20clinico.pdf.
47. Revoreda M. y et al. Manual de procedimientos de enfermería llenado de la hoja de los registros clínicos, valoración y intervenciones de enfermería. SEMA. 2016.
48. Gobierno Autonomo Departamental de Santa Cruz. "Reglamento Interno para el manejo de expediente clínico y archivo clínico estadísticos del Hospital de niños "Dr. Mario Ortiz Suarez". [Online].; 2021 [cited 2021 octubre 28. Available from: <https://gacetaoficial.santacruz.gob.bo/verpdf/resolucion-departamental-1106>.
49. Soza Díaz C. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. España. [Online].; 2020 [cited 2021 octubre 6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012#:~:text=Los%20registros%20de%20enfermer%C3%ADa%20conforman,de%20los%20cuidados%20y%20la.
50. Hernandez E. y et al. Algoritmo de diagnóstico enfermero 2019. 2019.
51. Bolivia, Ministerio de Salud. Código de ética y deontología Médica, Bolivia. [Online].; 2020 [cited 2021 Octubre 31. Available from: <https://www.minsalud.go.bo/imagenes/Documentación/normativa/CODIGO DEETICAYDEONTOLOGIAMEDICA.pdf>.

52. NOM. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013.
53. Apaza Bravo. Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería C S J D de Arequipa, 2017. 2017.
54. Chacón S. Calidad de los reportes de enfermería basados en el método SOAPIE en el Hospital Alberto Correa Cornejo Yaruqui. Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2021 octubre 23. Available from: <https://repositorio.utn.edu.ec/bistream/123456789/9830/2/06%20ENF%20105%20TRABAJO/20DE%20GRADO.pdf>.
55. Hospital Obrero Nro 1. Historia del Hospital Obrero Nro 1. [Online].; 2019.
56. Rivas N. Análisis de la valoración de enfermería al ingreso en la unidad cardiológica tras la aplicación de algoritmos. Enfermería en cardiología. 2021.
57. Rojas T. Qué es la investigación cuantitativa. México. [Online].; 2020 [cited 2021 Septiembre 30. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigación-cuantitativa/>.
58. Rojas T. Qué es el estudio retrospectivo. México. [Online].; 2020 [cited 2021 octubre 5. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-retrospectivo>.
59. Rus. E. Investigación descriptiva. México. [Online].; 2020 [cited 2021 octubre 5. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/investigación-descriptiva.html>.

XIII. ANEXOS

Anexo N° 1.

CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, octubre 06 de 2021
U.P.G. CITE N°1431/2021

Señor
Dr. Alberto Andrade
JEFE DE ENSEÑANZAS E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL OBRERO N° 1
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: "REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS DEL HOSPITAL OBRERO N° 1, DURANTE LA GESTIÓN 2021".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Wilma Apaza Mamani

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

Lic. M.Sc. Albina Palmira Maldonado Chacón
COORDINADORA ACADÉMICA
PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



U.P.G. CITE N°1431/2021



"Investigando Progresamos"

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, octubre 06 de 2021
U.P.G. CITE N°1431/2021

Señora
Lic. Leonor Loria Barrera
JEFE DE ENFERMERÍA UCI CORONARIO
HOSPITAL OBRERO N° 1
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: "REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS DEL HOSPITAL OBRERO N° 1, DURANTE LA GESTIÓN 2021".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Wilma Apaza Mamani

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

cc: Archivo
5/10/21

Lic. M.Sc. Albina Palmira Maldonado Chacón
COORDINADORA ACADÉMICA
PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO





"Sustentando el Progreso"

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, octubre 08 de 2021
U.P.G. CITE N°1431/2021

Señora
Lic. Leonor Loria Barrera
JEFE DE ENFERMERÍA UCI CORONARIO
HOSPITAL OBRERO N° 1
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: "REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS DEL HOSPITAL OBRERO N° 1, DURANTE LA GESTIÓN 2021".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Wilma Apaza Mamani

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.



Lic. Leonor Loria Barrera
Jefe de Enfermería UCI
H.O.1

cc: Archivo
5/2021



Lic. M.Sc. Albina Palmira Maldonado Chacón
COORDINADORA ACADÉMICA
PROGRAMAS DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



Anexo N° 2.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS, HOSPITAL OBRERO N1, ENERO A OCTUBRE, GESTIÓN 2021.

Instrucciones: El aplicador marcará cada ítem con un aspa (x), según la revisión de cada expediente clínico (registros de Enfermería).

Fecha de registro: _____ **Fecha de Observación:** _____

HCL: _____

N°	REGISTRO DE ENFERMERÍA SEGÚN SU ESTRUCTURA		
	OBJETIVIDAD	APLICA	NO APLICA
1.	Registra de forma objetiva, exacta, fiable y secuencial.		
2.	Registra entre comillas la información subjetiva del paciente.		
	PRECISIÓN Y EXACTITUD		
3.	Registra datos del paciente (Nombre completo, edad, carnet identidad, dirección, N° de Historia Clínica, N° de cama, fecha de ingreso, días de internación, peso y talla.)		
4.	Registra grupo y factor sanguíneo y alergias.		
5.	Registra signos vitales, oxigenoterapia, dieta, drogas vasoactivas, vasodilatadores, sedación y analgesia.		
6.	Registra cuidados de marcapasos, catéter cardiaco, drenajes pleurales, catéter central, periférico, sondas, parada cardiaca, desfibrilación y cardioversión.		

7.	Registra reacción adversa a medicamentos administrados.		
8.	Registra en la nota de enfermería, abreviaturas estandarizadas.		
9.	Registra ingeridos y eliminados, balance parcial y total.		
10.	Registra estudios de laboratorios, Rayos X, electrocardiograma, ecografía, eco transtorácica.		
11.	Registra fecha de instalación, reinstalación, curación (catéteres, sondas, drenajes, cultivos)		
12.	Registra vigilancia y control de accesos intravasculares.		
	LEGIBILIDAD Y CLARIDAD		
13.	Registra con letra legible (letra imprenta) y ortografía correcta.		
14.	El registro tiene enmendaduras, borrones, corrección con radex)		
15.	A la conclusión de registro, firma y sella el o la profesional responsable.		
	SIMULTANEIDAD Y CONCISIÓN		
16.	Los registros son simultáneos según procedimientos.		
17.	Elabora registro, después de realizar intervenciones al paciente.		
REGISTRO DE ENFERMERÍA SEGÚN SU CONTENIDO			
N°	VALORACIÓN	APLICA	NO APLICA
18.	Registra valoración de datos objetivos, subjetivos.		
19.	Registra valoración de escalas de DOLOR, CAÍDAS, BRADEM.		
	DIAGNÓSTICO		
20.	Utiliza la herramienta de diagnóstico de enfermería para su formulación de diagnóstico.		
21.	Formula adecuadamente el diagnostico enfermero		
	PLANIFICACIÓN		
22.	Planifica resultados esperados con verbo infinitivo y que la acción a cumplir sea medible y evaluable.		
	EJECUCIÓN		
23.	Ejecuta actividades según objetivos planeados.		
24.	Aplica intervenciones utilizando herramienta NIC o Guías de Práctica Clínica de Enfermería.		
	EVALUACIÓN		
25.	Evalúa resultados planeados con resultados obtenidos.		

Anexo N° 3.

VALIDACIONES DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FORMULACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS DEL HOSPITAL OBRERO N°1, DURANTE LA GESTIÓN 2021

ITEMS	CRITERIOS A AVALUAR											Observaciones (Si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	Claridad de redacción		Lenguaje adecuado con el nivel de instrucción		Mide lo que pretende		Son precisas las preguntas		Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1.	X		X		X		X		X			
2.	X		X		X		X		X			
3.	X		X		X		X		X			
4.	X		X		X		X		X			
5.	X		X		X		X		X			
6.	X		X		X		X		X			
7.	X		X		X		X		X			
8.	X		X		X		X		X			
9.	X		X		X		X		X			
10.	X		X		X		X		X			
11.	X		X		X		X		X			
12.	X		X		X		X		X			
13.	X		X		X		X		X			
14.	X		X		X		X		X			
15.	X		X		X		X		X			
16.	X		X		X		X		X			
17.	X		X		X		X		X			
18.	X		X		X		X		X			
19.	X		X		X		X		X			
20.	X		X		X		X		X			
21.	X		X		X		X		X			
22.	X		X		X		X		X			
23.	X		X		X		X		X			
24.	X		X		X		X		X			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas										SI		
Los ítems permiten el logro del objetivo de investigación										SI		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo										SI		
Los ítems están distribuidos de forma secuencial y lógica										SI		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa sugiera los ítems a añadir.										SI		
VALIDEZ												
APLICABLE			SI	NO APLICABLE				ATENDIO LAS OBSERVACIONES			NO	
Validada por: Lic. Felicidad Ríos Callejas				C.I. 2627825/L.P.				Fecha: 11/10/2021				
Firma: 				Sello: 				Nombre de la Institución: UMSA				
Cel. 65160799				E-mail: felitanos23@gmail.com								


FORMULACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS DEL HOSPITAL OBRERO N1, DURANTE LA GESTIÓN 2021

ITEMS	CRITERIOS A AVALUAR											Observaciones (Si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	Claridad de redacción		Lenguaje adecuado con el nivel de instrucción		Mide lo que pretende		Son precisas las preguntas		Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	✓		✓		✓		✓		✓			
2	✓		✓		✓		✓		✓			
3	✓		✓		✓		✓		✓			
4	✓		✓		✓		✓		✓			
5	✓		✓		✓		✓		✓			
6	✓		✓		✓		✓		✓			
7	✓		✓		✓		✓		✓			
8	✓		✓		✓		✓		✓			
9	✓		✓		✓		✓		✓			
10	✓		✓		✓		✓		✓			
11	✓		✓		✓		✓		✓			
12	✓		✓		✓		✓		✓			
13	✓		✓		✓		✓		✓			
14	✓		✓		✓		✓		✓			
15	✓		✓		✓		✓		✓			
16	✓		✓		✓		✓		✓			
17	✓		✓		✓		✓		✓			
18	✓		✓		✓		✓		✓			
19	✓		✓		✓		✓		✓			
20	✓		✓		✓		✓		✓			
21	✓		✓		✓		✓		✓			
22	✓		✓		✓		✓		✓			
23	✓		✓		✓		✓		✓			
24	✓		✓		✓		✓		✓			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de investigación												
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo										✓		
Los ítems están distribuidos de forma secuencial y lógica										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa sugiera los ítems a añadir:											X	ausencia de ítems para la recolección de información
VALIDEZ												
APLICABLE				NO APLICABLE				ATENDIÓ LAS OBSERVACIONES				
Validada por:				C.I. 6029468 LP				Fecha 8-10-2021				
Firma:				 Sel. C.I. 6029468 LP ORGANIZACIÓN DE ENFERMEROS del Hospital Obrero N°1 Mail: Prof. P. 502				Nombre de la Institución: Hospital Obrero N°1				
Cel. 75259077				E-mail: CldPomaCabrera@gmail.com								

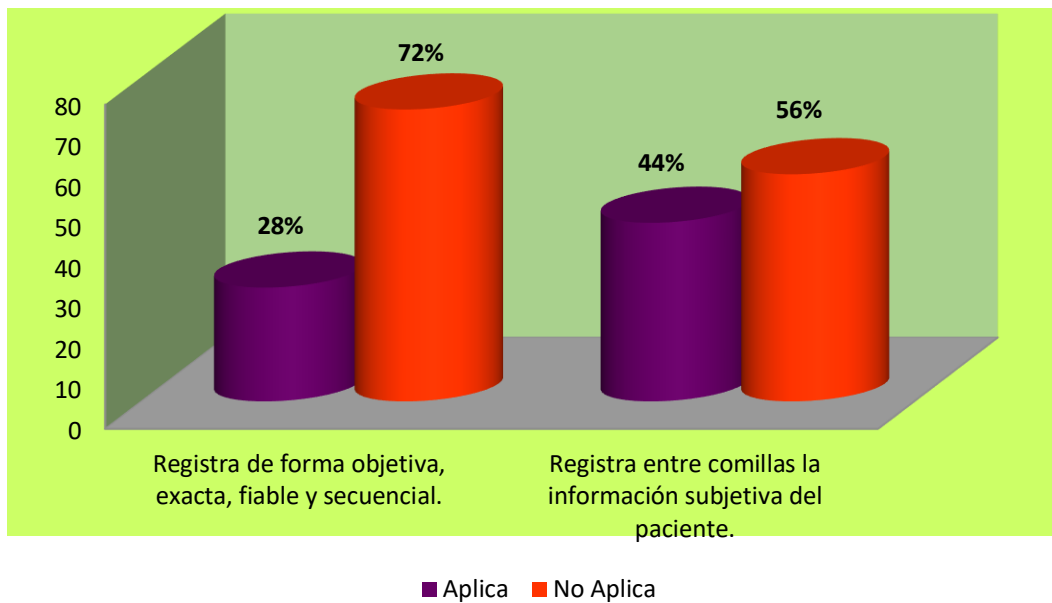
FORMULACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINÁMICO REALIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS DEL HOSPITAL OBRERO N1, DURANTE LA GESTIÓN 2021

ITEMS	CRITERIOS A AVALUAR										Observaciones (Si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	Claridad de redacción		Lenguaje adecuado con el nivel de instrucción		Mide lo que pretende		Son precisas las preguntas		Induce a la respuesta		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.	X		X		X		X		X		Antes de Control S.V.
2.	X		X		X		X		X		MP. Dr. Trujillo
3.	X		X		X		X		X		Dr. J. J. J.
4.	X		X		X		X		X		Vasodilatador
5.	X		X		X		X		X		Vasodilatador
6.	X		X		X		X		X		Pop C. Cardiac
7.	X		X		X		X		X		- Topon Cardiac
8.	X		X		X		X		X		Control de
9.	X		X		X		X		X		- Dr. J. J. J.
10.	X		X		X		X		X		
11.	X		X		X		X		X		
12.	X		X		X		X		X		
13.	X		X		X		X		X		
14.	X		X		X		X		X		
15.	X		X		X		X		X		
16.	X		X		X		X		X		
17.	X		X		X		X		X		
18.	X		X		X		X		X		
19.	X		X		X		X		X		
20.	X		X		X		X		X		
21.	X		X		X		X		X		
22.	X		X		X		X		X		
23.	X		X		X		X		X		
24.	X		X		X		X		X		
ASPECTOS GENERALES										SI	NO
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas										X	
Los ítems permiten el logro del objetivo de investigación										X	
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo										X	
Los ítems están distribuidos de forma secuencial y lógica										X	
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa sugiera los ítems a añadir.											X
VALIDEZ											
APLICABLE			NO APLICABLE			ATENDIO LAS OBSERVACIONES					
X						X					
Validada por:				C.I.				Fecha:			
Firma:								9-10-2021			
Cel.				E-mail:				Nombre de la Institución:			
								Hospital Obrero N°1			

Anexo N° 4.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Objetividad, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



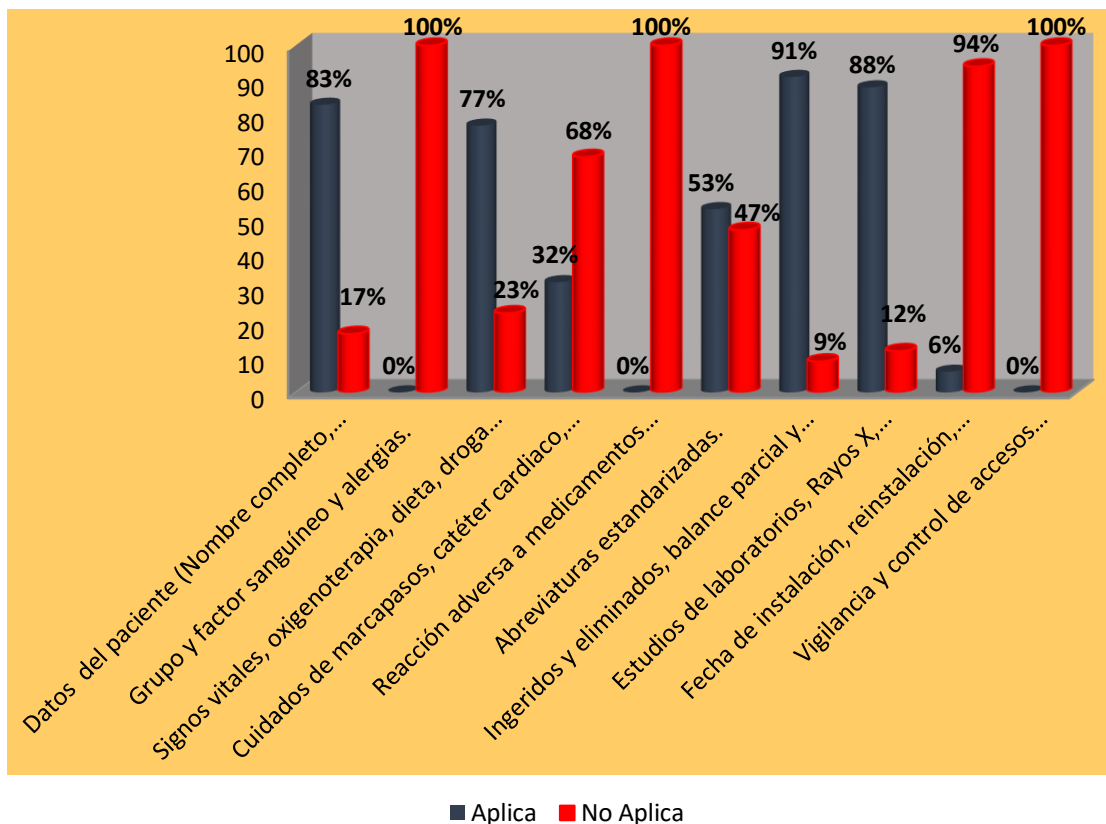
Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

Los resultados mostraron que en el cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico según su estructura el 28% registra de forma objetiva, exacta, fiable y secuencial, pero el 72% no lo registra de esta manera. En la variable registra entre comillas la información subjetiva del paciente el 44% lo aplica bien y el 56% no aplica. Si el registro no es fiable, exacta y secuencial, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si la profesional responsable está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones y decisiones. La información subjetiva se debe registrar entre comillas.

Anexo N° 5.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Precisión y exactitud realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

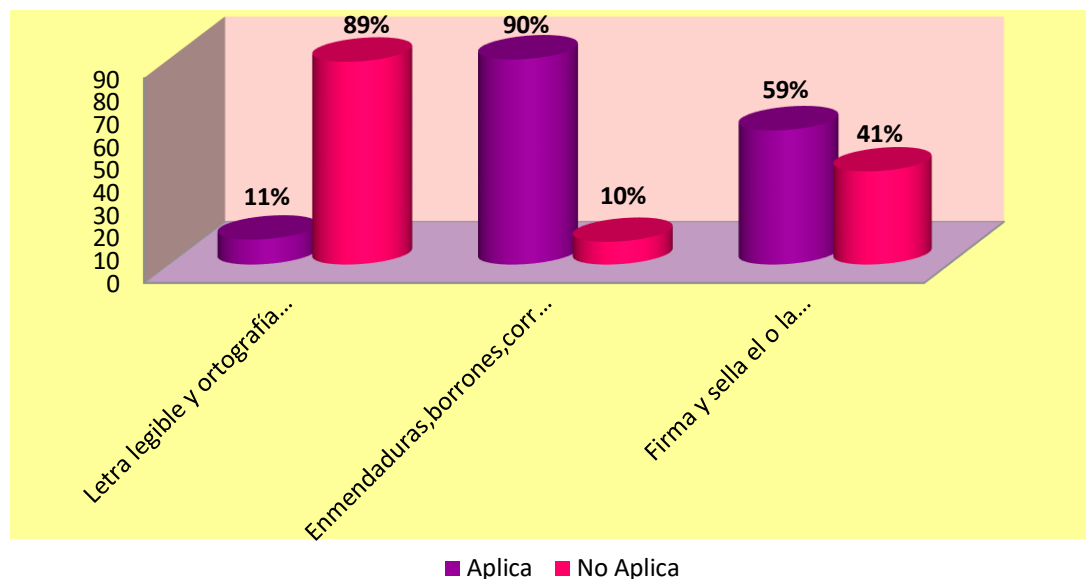
En el cumplimiento de la hoja de monitoreo según la estructura considerando la precisión y exactitud se conoció que el 83% aplica el registro de los datos generales del paciente, pero el 17% no lo aplica. En indicador registro del grupo y factor sanguíneo y alergia ninguna realiza este registro, el 100% no aplica. En el indicador registro de signos vitales, oxigenoterapia, dieta el 77% aplica, pero

el 23% no lo aplica. En el indicador registra cuidados de marcapasos, catéter cardiaco, drenajes pleurales, catéter venoso central, periférico el 32% aplica el 68% no aplica. En el indicador registra reacción adversa a medicamentos administrados ninguna realiza este registro, el 100% no lo aplica. En el indicador registra en su nota de enfermería, abreviaturas estandarizadas el 53% aplica el registro y el 47% no aplica. En el indicador registra ingeridos y eliminados, balance parcial y total el 91% aplica y el 9% no aplica. En el indicador registra estudios de laboratorios, Rayos X, EKG, ETT, el 88% aplica y el 12% no aplica. En indicador registra fecha de instalación, reinstalación, curación (catéteres, sondas, drenajes, cultivos) el 6% aplica y el 94% no aplica. Finalmente, en el registro vigilancia y control de accesos intravasculares ninguno aplica y el 100% no aplica.

En los registros de precisión y exactitud se deben registrar todas las intervenciones como la administración de medicamentos, reacción adversa a fármacos, grupo y factor sanguíneo, dieta, signos vitales, monitoreo de accesos vasculares, balance hídrico, aspectos relevantes de laboratorio, entre otros y ser llenado por turno mañana, tarde y noche, con color de tinta según protocolo de la institución.

Anexo N° 6.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Legibilidad y claridad realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



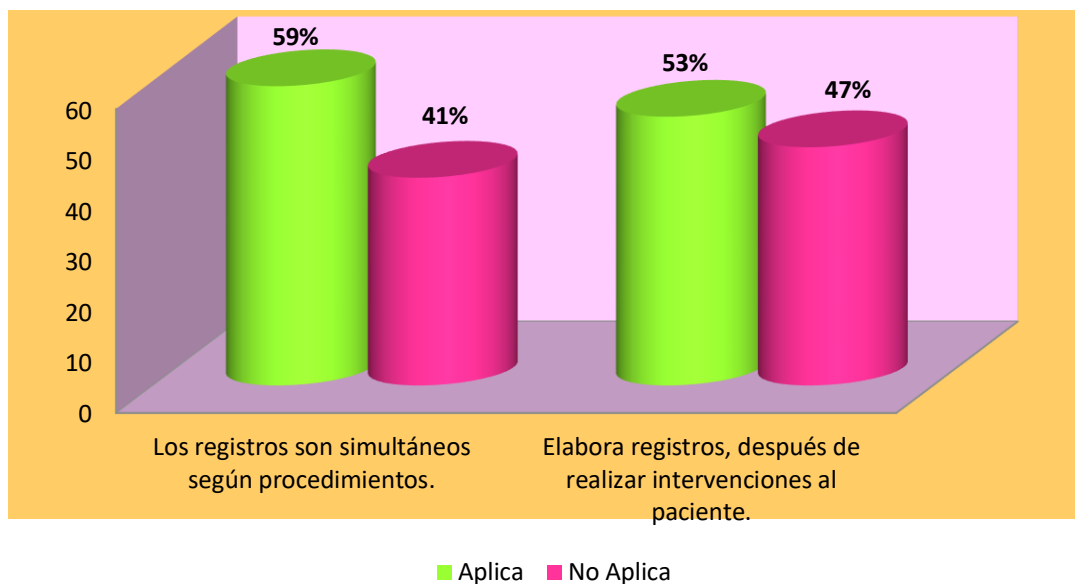
Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

En el registro del cumplimiento de la estructura según la legibilidad y claridad se conoció que en el registro con letra legible y ortografía correcta el 11% lo aplica y el 89% no aplica, en el cumplimiento del registro si se encuentra con enmendaduras, borrones el 10% aplica y el 90% no aplica, porque los registros se encuentran con correcciones sobre todo con rádex. En la variable a la conclusión del registro, firma y sella el o la profesional responsable el 59% aplica y el 41% no aplica. Escribir de manera ilegible, con borrones, dan lugar a interpretaciones erróneas para el profesional que lea e interprete los registros.

Anexo N° 7.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su estructura: Simultaneidad y concisión realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

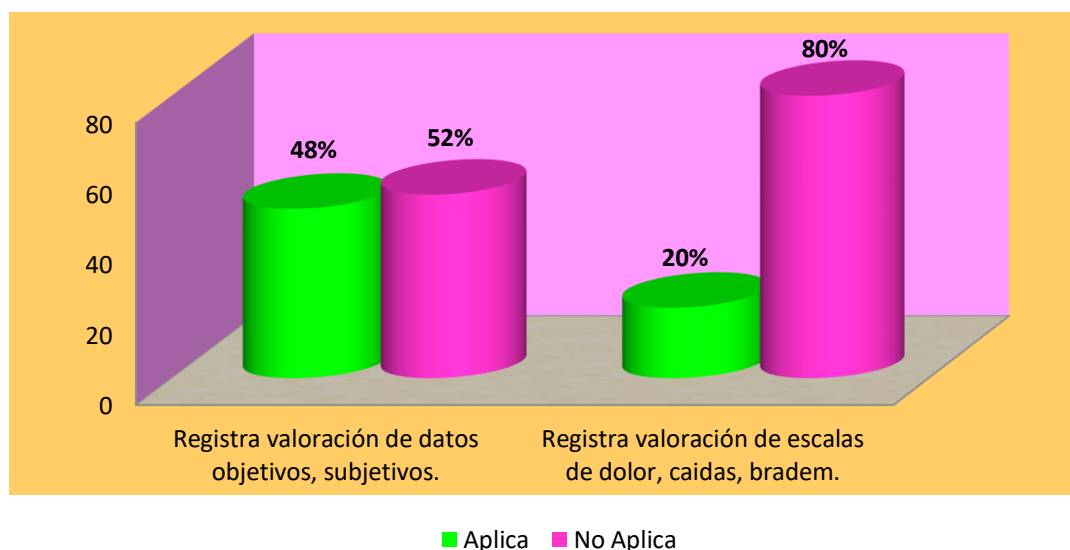
ANÁLISIS

Las dimensiones que corresponden a la estructura en simultaneidad y concisión en ítem registros simultáneos según procedimientos el 59% aplica y el 41% no lo aplica. En el ítem elabora registros, después de realizar intervenciones al paciente el 53% aplica y el 47% no aplica.

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la atención del paciente y no dejarlos para la final del turno, de ser así puede resultar incompleta y ante un proceso legal, el registro puede reflejar erróneo, calificando como un profesional no eficiente.

Anexo N° 8.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Valoración, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

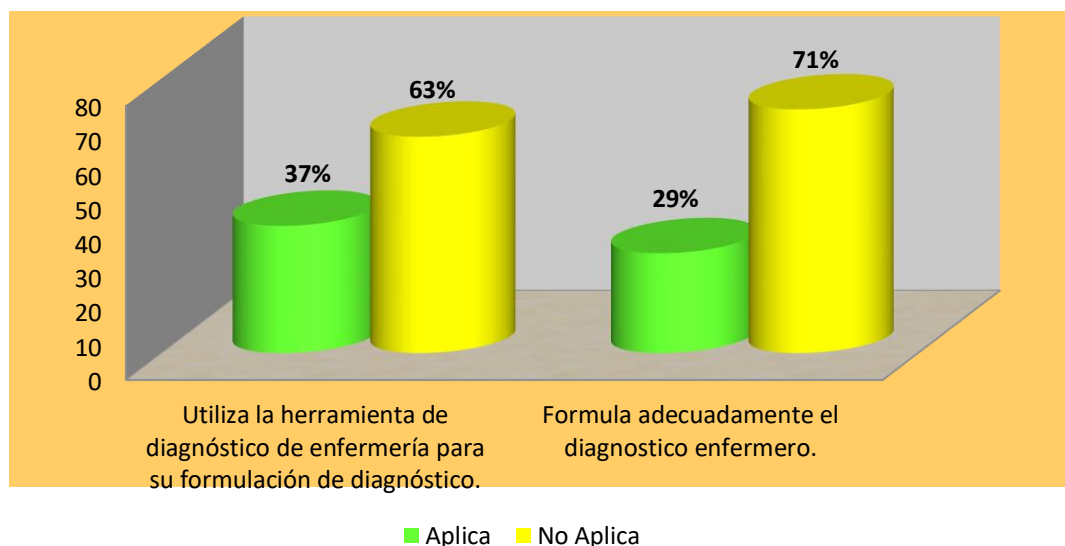
ANÁLISIS

El cumplimiento de los registros de enfermería según su contenido en su ítem valoración de datos objetivos y subjetivos se conoció que el 48% sí aplica, el 52% no aplica. En el ítem valoración de escalas de Dolor, Caída, Bradem el 80% no aplica y el 20% si aplica.

La valoración de enfermería permite orientar al personal a la mejor toma de decisiones para intervenir con acciones y cuidados que necesita la persona para mejorar o mantener su salud.

Anexo N° 9.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Diagnóstico, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

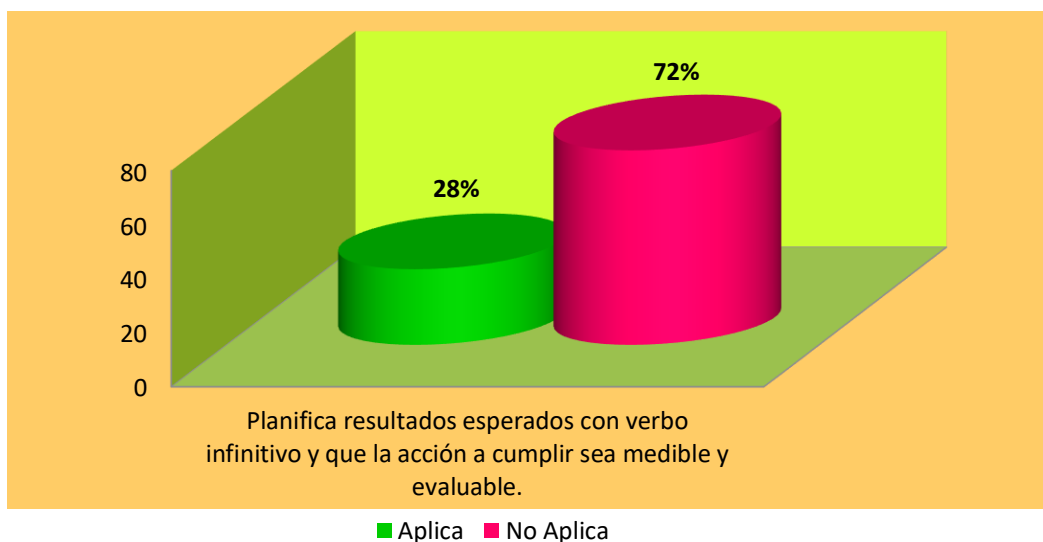
ANÁLISIS

Según su contenido en su ítem diagnóstico: utiliza herramienta diagnóstica de enfermería para su formulación de diagnóstico, el 63% no aplica y por otro lado el 37% si aplica. En la variable formula adecuadamente el diagnóstico enfermero el 71% no aplica y el 29% aplica.

El diagnóstico de enfermería es la base para la selección de intervenciones y logro de objetivos que la enfermera desea alcanzar. Un diagnóstico mal elaborado es un proceso de atención de enfermería caótico.

Anexo N° 10.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Planificación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

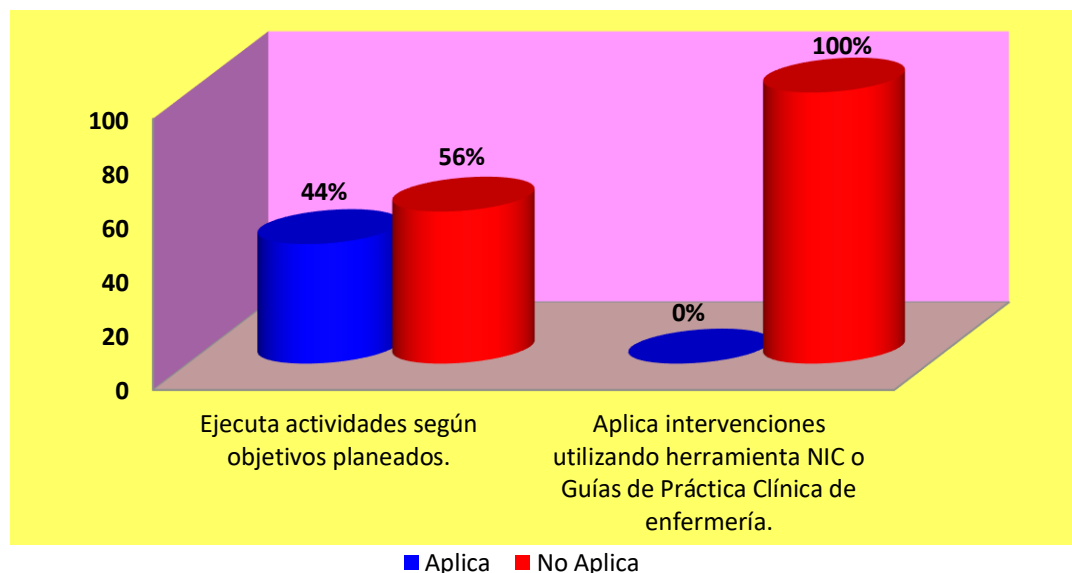
ANÁLISIS

En la variable planifica resultados esperados con verbo infinitivo y que la acción a cumplir sea medible y evaluable, el 28% aplica y el 72% no aplica.

Los resultados esperados determinaran la planeación de los cuidados para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social o espiritual, cada resultado deberá redactarse con verbo infinitivo y la acción a cumplir deberá ser medible y evaluable a corto, mediano o largo plazo.

Anexo N° 11.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Ejecución, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

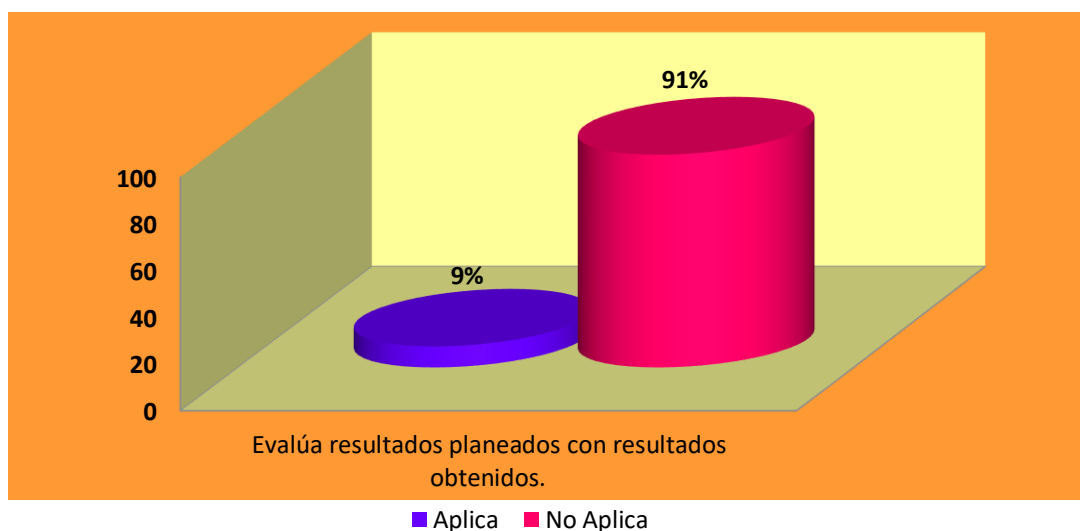
En el cumplimiento de los registros según la ejecución se conoció que en el ítem ejecuta la actividad según objetivos planeados el 44% aplica y el 56% no aplica. Por otro lado, en el ítem aplica intervenciones utilizando herramienta NIC o Guías de Práctica Clínica de enfermería el 100% no lo aplica.

Para la aplicación de esta etapa se utilizarán las recomendaciones de intervenciones de enfermería o GPCE, como medicas para el cuidado de la persona. Estas guías son el resultado de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) convirtiendo el cuidado en Practica Basada en Evidencia científica, que

guía a la enfermera a la mejor toma de decisiones, para contribuir a la atención segura y de calidad.

Anexo N° 12.

Cumplimiento de la hoja de monitoreo hemodinámico, según su contenido: Evaluación, realizado por el profesional de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios Hospital Obrero N°1, enero a octubre, gestión 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base al instrumento de investigación, 2021.

ANÁLISIS

Finalmente, en la variable evaluación se constató que la evaluación según resultados planeados con resultados obtenidos el 91% no aplica, el 9% aplica.

Si la evaluación no se evalúa con resultados planeados, la enfermera no podrá evaluar con exactitud los objetivos establecidos para el paciente y las decisiones pueden ser no beneficiosa para el paciente.

Anexo N° 13.

PROPUESTA DE REGISTRO ÚNICO DE LA HOJA DE MONITOREO HEMODINAMICO REALIZADO POR LA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO GENERAL PARA EL LLENADO: El formato de registro de la hoja de monitoreo en la UCIC esta diseñado para documentar, la valoración, diagnóstico, intervenciones, evaluaciones de enfermería, como recomendaciones de alta. Las recomendaciones para el llenado de la hoja única de monitoreo de enfermería son: Color de bolígrafo azul (turno mañana), negro (turno tarde), rojo (turno noche), evitar registros de abreviaturas no estandarizadas y de doble significación, letra clara, legible (recomendable letra imprenta), no enmendaduras, no tachaduras, no corrector. Los registros deben anotarse en forma cronológica, después de realizar intervenciones con la paciente. La hoja de registro de enfermería será la mitad de tamaño resma aproximadamente anverso y reverso, distribuidas en las siguientes secciones:

Primera Sección: En el encabezado anotar con numero arábico la fecha de valoración iniciando con día, mes, año, número de hoja correspondiente 1, 2 o 3 según días de hospitalización correspondiente, numero del asegurado del paciente, beneficiario copiar de la parte frontal de; carnet del asegurado y con letra imprenta registrar empresa donde pertenece el paciente, no deje espacios en blanco.

Segunda sección: Registrar en la sección de monitoreo hemodinámico la cifra de signos vitales obtenido durante la valoración, incluyendo registro con una “x” si es portador de marcapaso, llenado capilar registre por segundos la cifra obtenida en el recuadro de la hora que tomo con tinta correspondiente del turno, en lo ventilatorio anotar si usa oxigenoterapia y el modo ventilatorio que está

recibiendo. En lo neurológico registrar en número arábico la puntuación de Glasgow obtenido, en la valoración pupilar anotar si es reactivas o arreactivas, y en la opción si las pupilas están midriáticas, mióticas o anisocorias registrar en el cuadro correspondiente de la hora de valoración con una “x”. En la subsección de scores registrar en hora correspondiente con numero arábico la puntuación de que se valoro, así mismo en la subsección de otras intervenciones anotar en la hora correspondiente con una “x” si amerita esa valoración, si no lo amerita registrar con un guion, no dejar espacios en blanco.

En la parte de monitoreo de nutrición registrar en el recuadro de la hora en mililitros la cantidad de consumo de dieta, líquidos administrados y egresos de líquidos eliminados con sus respectivas características valoradas.

Tercera sección: Anotar datos generales del paciente, fecha y hora de ingreso, nombre completo, edad, peso, talla, IMC, alergias con su respectiva especificación, carnet identidad, domicilio actual, grupos sanguíneo, ocupación y diagnóstico del médico. Además, valorar el estado de salud anotando en el recuadro de turno correspondiente con una “x”.

Cuarta sección: Anotar monitoreo de accesos intravasculares la fecha de instalación, quien lo instalo, fecha de cambio si se procedió, el sitio anatómico donde se encuentra el dispositivo, fecha de retiro y personal responsable, fecha de curación del dispositivo y su respectivo cambio de apósito y concluir con el registro de días de permanencia del dispositivo.

Quinta sección: Registrar en otras intervenciones de enfermería la prevención de caídas, monitoreo de heridas y prevención de lesiones por presión en el recuadro correspondiente al turno con una “x” y tinta según el turno.

Sexta sección: Registrar las indicaciones generales e indicaciones del sistema respiratorio indicado por el médico. Además, registrar características de úlceras por presión si la paciente cursa lesión.

Séptima sección: Registrar en el recuadro de turno correspondiente estudios de laboratorios y gabinete solicitados. Registrar resultados de laboratorio, cultivos con previa valoración en el recuadro y turno correspondiente.

Octava sección: Registrar en el recuadro correspondiente el balance de veinticuatro horas realizado por turno noche, registro no obtenido anotar guion. Concluir el registro de la primera parte de la hoja con el registro de datos de un familiar, carnet identidad, dirección y celular.

Novena sección: Es la segunda parte de la hoja, donde se debe registrar hora, datos subjetivos obtenidos con letra imprenta y clara, seguido la anotación de datos objetivos de selección con un aspa “x” la valoración de enfermería obtenida por Marjory Gordon.

Décima sección: Contiene los diagnósticos de enfermería (NANDA) por códigos, mediante un aspa “X” marcar el diagnóstico prioritario que le ayudara a resolver problemas identificados, anotando con su respectiva fecha y hora de valoración.

Decima primera sección: Contiene planificación, donde se marcará con un aspa “X” el objetivo que le ayudará a mejorar el estado de salud del paciente.

Decima segunda sección: Contiene las intervenciones (NIC) de enfermería, donde marcará con un aspa “X” las intervenciones de mejora de salud.

Decima tercera sección: Se registrará la evaluación de resultados (NOC), se marcará con un aspa “X” el criterio de acuerdo a la escala establecida del estado de salud, con tinta correspondiente.

Decima cuarta sección: Debe registrar el nombre completo, firma y cedula profesional que asistió al paciente. Además, hay un espacio en blanco para registrar intercurrencias que ocurren en el turno.

