

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



**REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO RELACIONADO A LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL OBRERO N° 1, CAJA NACIONAL DE SALUD,
GESTIÓN 2022.**

POSTULANTE: Lic. Gavy Yaneth Apaza Laura

TUTORA: Lic. M.Sc. Edith Ajata Forra

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER
SCIENTIARIUM EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ- BOLIVIA

2023

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y abrirme las puertas a nuevas oportunidades, dándome fuerzas y perseverancia para lograr mis metas. A mis padres, por su trabajo sacrificio y apoyo incondicional, durante mi formación académica que pese a los infortunios siempre estuvieron a mi lado, por inculcarme la importancia de la superación profesional.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional, constante, alentándome todos los días para culminar este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por haberme dado la vida y por haberme acompañado a lo largo de mi carrera, por ser luz en mi camino y por darme sabiduría, fortaleza para alcanzar mis objetivos. A mi tutora por su paciencia, dedicación, motivación y aliento.

Finalmente, quiero agradecer a todos quienes hicieron posible la culminación de este trabajo de grado.

INDICE DE CONTENIDOS

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	17
IV. MARCO TEÓRICO.....	19
4.1. Marco conceptual.....	19
4.1.1. Definición de los registros de Enfermería.....	19
4.1.2. Importancia de los registros de Enfermería	19
4.1.3. Características de los registros de Enfermería	20
4.1.4. Proceso Enfermero.....	21
4.1.5. Hoja de monitoreo de Terapia Intensiva.....	33
4.1.5.1. Datos Demográficos.	34
4.1.5.2. Datos Hemodinámicos.....	34
4.1.5.3. Datos patrón Respiratorio.....	35
4.1.5.4. Datos Neurológica.....	35
4.1.5.5. Datos Balance Hídrico.....	36
4.1.5.6. Datos Dosificación de Medicamentos.....	37
4.1.5.7. Datos Exámenes Complementarios.....	37
4.1.5.8. Datos Kardex de Enfermería.....	37
4.1.5.9. Datos de Procedimientos Invasivos.....	37
4.1.6. Definición de seguridad	38
4.1.6.1. Seguridad de Paciente.....	38
4.1.6.2. Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente, según la	39
4.1.6.3. Factores asociados a la seguridad del paciente.....	41
4.1.6.4. Indicadores de seguridad del paciente.....	42
4.1.6.5. Eventos Adversos Reportados por Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos.....	42

4.1.6.6. Estándares de seguridad del paciente.....	46
4.2. Marco jurídico.....	48
4.3. Marco histórico.....	56
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	57
5.1. Pregunta de Investigación.....	58
VI. OBJETIVOS.....	59
6.1 Objetivo General.....	59
6.2. Objetivos Específicos.....	59
VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	60
7.1. Tipo de Investigación.....	60
7.2. Área de Estudio.....	61
7.3. Población y Muestra.....	62
7.4. Criterios de Selección.....	64
7.5. Variables.....	64
7.6. Técnicas y Procedimiento.....	67
7.7. Consideraciones Éticas.....	68
VIII. RESULTADOS.....	69
IX. DISCUSIÓN.....	86
X. CONCLUSIONES.....	90
XI. RECOMENDACIONES.....	92
XII. BIBLIOGRAFIA.....	94
XIII. ANEXO.....	99

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Registros de la hoja de monitoreo según la norma OPCCO por objetividad, obtenidos en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	69
TABLA N° 2	Registro de la hoja de monitoreo según la norma OPCCO con respecto a la precisión, obtenidos en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	70
TABLA N° 3	Registro de la hoja de monitoreo según la norma OPCCO en base a la claridad, obtenidos en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	72
TABLA N° 4	Registro de la hoja de monitoreo según la norma OPCCO; concreto, obtenidos en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	73
TABLA N° 5	Registro de la hoja de monitoreo según la norma OPCCO; organización, obtenidos en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	74
TABLA N° 6	Indicadores de seguridad del paciente reportados en la hoja de monitoreo, de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	75

TABLA N° 7	Registros de la hoja de monitoreo en relación con la NAVM como indicador de seguridad del paciente, en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	76
TABLA N° 8	Registros de la hoja de monitoreo en relación con la sepsis (48 Horas de hospitalización) como indicador de seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	78
TABLA N° 9	Registros de la hoja de monitoreo en relación con el agravamiento de la función renal como indicador de seguridad del paciente, en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	80
TABLA N°10	Registros de la hoja de monitoreo en relación con la úlcera por presión como indicador de seguridad del paciente, en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	82
TABLA N°11	Registros de la hoja de monitoreo en relacionado con caídas como indicador de seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1 gestión 2022.....	84

ACRÓNIMO Y SIGLAS

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

EBE: Enfermería basada en evidencia

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizativo.

NANDA: North American Nursing Diagnostic Association.

NIC: Clasificación de las intervenciones de Enfermería.

NOC: Clasificación de los Resultados de Enfermería.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

SOAPIE: Datos subjetivos, Objetivos, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación.

ANA: American Nurses Association (Asociación Americana de Enfermeras)

OPCCO: Objetivo, preciso, claro, concreto, organizado.

NAVM: Neumonía asociada al ventilador mecánico.

RAM: Reacción adversa a medicamentos.

RESUMEN

Los registros de la hoja de monitoreo son canales de comunicación entre profesionales de salud, es una herramienta que proporciona información y contribuye en la toma de decisiones, por lo que deben ser completos y precisos en su contenido para garantizar la seguridad del paciente. Este trabajo de investigación se guía en normas del registro de Enfermería de nivel nacional e internacional. **Objetivo;** Determinar la calidad del registro de la hoja de monitoreo relacionado a la seguridad del paciente de la UTI, Hospital Obrero N° 1, CNS, primer semestre del 2022. **Metodología;** descriptiva con enfoque cuantitativo y retrospectivo, la muestra fue probabilística aleatorio, estratificado haciendo un total de 88 hojas de monitoreo, se utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo con 29 ítems. **Resultados;** muestran que el 85.5% no registra IMC, 61,4% registra la hoja con enmendaduras, borrones y usa correctores. Los indicadores de seguridad del paciente manifiestos son: el 11,4% desarrolla sepsis dentro de las 48 horas de internación, el 13,6% pacientes reportaron NAVM, un 2,3% presentó contusiones por caídas y un 3,4% han desarrollado UPP. Según la prueba exacta de Fisher, la significancia es $0,014 < 0,05$ entre el incumplimiento del registro de instalación o cambios de SNG, SV, drenajes y curación de CVC/UPP con el desarrollo de sepsis. **Conclusión;** Existe debilidades al momento de registrar correctamente las hojas de monitoreo, dando lugar a eventos adversos como MAVN, UPP y caídas.

Palabras clave: Seguridad del paciente, hoja de monitoreo, Unidad de Terapia Intensiva, paciente crítico.

ABSTRACT

The records of the monitoring sheet are channels of communication between health professionals, it is a tool that provides information and contributes to decision-making, so they must be complete and precise in their content to guarantee patient safety. This research work is guided by standards of the Nursing registry at a national and international level. Aim; Determine the record of the monitoring sheet related to patient safety at the ICU, Hospital Obrero No. 1, CNS, first semester of 2022. Methodology; descriptive with a quantitative and retrospective approach, the sample was random probabilistic, stratified making a total of 88 monitoring sheets, a checklist with 29 items was used as a data collection instrument. Results; show that 85.5% do not register BMI, 61.4% register the sheet with amendments, erasures and use correctors. The manifest patient safety indicators are: 11.4% develop sepsis within 48 hours of hospitalization, 13.6% patients reported VAP, 2.3% presented contusions from falls, and 3.4% have developed UPP. According to Fisher's exact test, the significance is $0.014 < 0.05$ between non-compliance with the registration of installation or changes in SNG, SV, drains and cure of CVC/UPP with the development of sepsis. Conclusion; There are weaknesses when correctly recording the monitoring sheets, giving rise to adverse events such as MAVN, PU and falls.

Keywords: Patient safety, monitoring sheet, Intensive Care Unit, critical patient.

I. INTRODUCCIÓN

El registro de la hoja de monitoreo de la UTI ayuda a definir la naturaleza de la enfermedad y la respuesta frente a una intervención, este reporte plasma la atención que se brinda al paciente durante su estancia hospitalaria, por lo que conlleva responsabilidad y legalidad, deben ser elaborados con rigor científico que garanticen su calidad (1).

En la actualidad, los registros de Enfermería son dinámicos, favoreciendo la comunicación, la docencia y la investigación, en un inicio los registros de Florence Nightingale en el siglo XIX, eran del tipo narrativo, la evolución de los cuidados de Enfermería ha permitido mejorar su estructura con el propósito de garantizar la seguridad del paciente ya que forma parte de la calidad en la atención sanitaria. La OMS propone metas internacionales para la seguridad del paciente que busca un compromiso con el paciente para lograr su completo bienestar (2).

Los registros en la hoja de monitoreo deben ser elaborados de forma clara, precisa, oportuna y sistemática, porque se constituye en una base fundamental para respaldar las acciones del personal de Enfermería en situaciones administrativas y legales (4). La revista Nursing (en español) entre los años 1988 y 2002, denota una querrela por mala praxis, los miembros del jurado suelen considerar los registros como la mejor prueba. Recomienda el uso de normas de registro OPCO (objetivo, preciso, completo, oportuno) y afirma que, con este método se le impide al demandante desacreditar el registro (5).

El estudio de España sobre seguridad y riesgo en el Enfermo Crítico indican que la probabilidad de que un paciente sufra, algún tipo de riesgo asociada a la atención sanitaria es de uno por cada 10 pacientes internados. El 74% de los incidentes se relacionaron con medicación, aparatos médicos, cuidados por profesional de salud, accesos vasculares, sondas, vía aérea y ventilación

mecánica. El 66% de los incidentes fueron sin daño, el 29,5% ocasionó un daño temporal y el 4,28% un daño permanente, que comprometió la vida del paciente o contribuyó al fallecimiento. El 90% de los incidentes sin daño y el 60% de los EA se consideraron sin duda evitables o posiblemente evitables (3).

En Perú muestran que la implementación de registros, no plasman el cuidado Enfermero brindado y el tiempo que demanda en el llenado de éstos, manifestando: “son muchos los formatos, cuya información registrada se repite en cada uno de ellos”, “recibo llamadas de atención cuando no lleno todos estos formatos, urge la necesidad de un registro completo, que sea específico para el área, que sea viable, que facilite el trabajo” (4).

El área de Terapia Intensiva es un área crítica donde el paciente se debate entre la vida y la muerte, cuenta con varias especialidades de alta complejidad, por ello el profesional de Enfermería tiene la tarea de vigilar cada segundo la evolución del paciente y plasmarlo en las Hojas de monitoreo, cuyos datos son muy valiosos a la hora de evaluar el estado de salud del paciente crítico, los datos como la identificación, el estado neurológico, respuesta al tratamiento médico, signos vitales o los ingeridos y eliminados.

En la UTI del Hospital Obrero N 1, tiene una alta demanda de pacientes asegurados que deben atenderse con prontitud y todo padecimiento debe registrarse detalladamente, para evitar posibles auditorías médicas en el futuro. Por lo tanto, resulta importante determinar el registro de la hoja de monitoreo en relación a la seguridad del paciente. Por ello, la presente investigación es relevante porque permite conocer la situación actual en la que se encuentran los registros de la hoja de monitoreo de la UTI y si éstos se enfocan en la seguridad del paciente. Los resultados obtenidos permitirán formular mejoras en el formato de las hojas de monitoreo, en bien del paciente e institución.

II. ANTECEDENTES

2.1. Antecedentes internacionales

Castro G. et al (2020) Ecuador realizo un estudio denominado “Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de Medicina Interna del hospital provincial general de segundo nivel Quito-Ecuador”. El objetivo de la presente investigación es describir la aplicación y manejo de acciones seguras y oportunas en la seguridad del paciente. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, utilizando el método deductivo, recopilando la información a través del instrumento de la ficha de observación realizada a 50 miembros del personal de Enfermería del área de medicina interna. Los resultados obtenidos muestran que el 50% del personal de Enfermería cumple con las acciones de prácticas seguras y asistenciales e igualmente el 50% tiene conocimiento acerca del Manual Seguridad del Paciente-Usuario. Que llegó a la conclusión de que el área con gran capacidad para albergar pacientes que necesiten ser hospitalizados y este no favorece el trabajo con poco personal (27).

Chacón M. (2019) Ecuador realizó un estudio denominado: “Factores relacionados con la calidad de los reportes de Enfermería, Hospital San Vicente de Paúl. Ibarra, 2018”. El objetivo de este estudio fue identificar los factores relacionados con la calidad de los reportes de Enfermería. Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptiva, transversal, no experimental y prospectivo. La muestra fue de 40 profesionales de Enfermería. Para la obtención de información se utilizó una encuesta y una observación directa. Dentro del factor conocimiento el 93 % conoce la definición de PAE, el 95% conoce la definición de SOAPIE. De acuerdo al factor aptitud el 88% considera que es importante el reporte SOAPIE. En cuanto a lo actitudinal el 100% refirieren no realizar el formato SOAPIE por falta de tiempo. Se concluye que el profesional de Enfermería tiene un nivel de conocimiento alto con respecto al proceso de

atención de Enfermería; sin embargo, aún existe desconocimiento sobre el formato SOAPIE (7).

Chacón S. (2019) Ecuador, en su estudio titulado “Calidad de los reportes de Enfermería basados en el método SOAPIE en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Yaruqui, 2018”. El objetivo fue determinar la calidad de los reportes de Enfermería basados en el método SOAPIE. Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra no probabilística consta de 50 historias con reportes de Enfermería y 49 profesionales de Enfermería, se utilizó como instrumento la guía de observación y un cuestionario de conocimientos. Los resultados muestran que el 93,87% si realiza al ingreso del paciente, solo un 60% cumplen con todas las normas, mientras el 58 % no concreta con la taxonomía (NOC). Se concluye que el conocimiento del profesional de Enfermería sobre SOAPIE y PAE aún muestra deficiencias y se determinó que la calidad de los reportes de Enfermería no cumple al 100% con las normas SOAPIE (8).

Coaquira y Valencia (2019) Perú, realizaron un estudio titulado “Aplicación del método SOAPIE y calidad del reporte de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital III es Salud, Juliaca 2019. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la aplicabilidad del método SOAPIE y la calidad del reporte de Enfermería. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se trabajó con una población de 108 notas de Enfermería y guías de observación desarrolladas durante los meses de abril a junio de 2019. Los resultados indican que el 38.9% de los reportes de Enfermería presentan una calidad baja, el 32.4% presentan una calidad de no cumplimiento y solamente el 6.5% de los reportes presentan una calidad alta. Así mismo se evidencia que existe una correlación directa y

significativa (sig= .000), a mejor aplicación del método SOAPIE mejor es la calidad de los reportes de Enfermería (16).

Huayhua y Rodriguez (2019) Perú, realizó un estudio titulado “Factores asociados a la calidad del SOAPIE en el area asistencial de Enfermería del Hospital Luis Negreiros Vega, Callao – 2018”. Tiene como objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad del SOAPIE en el área asistencial de Enfermería. La metodología del estudio fue de tipo cuantitativo, correlacional y transversal. La población estuvo constituida por 97 Enfermeras. El instrumento utilizado fue la encuesta constituida por 14 preguntas orientada a los factores asociados y una hoja de check list de la calidad del SOAPIE. Los resultados muestran con respecto al variable calidad de SOAPIE, que el 76% obtuvo mala calidad y el 46% de los profesionales tienen 5 años de servicio, el 61% refieren no haber recibido cursos ni talleres sobre las notas de Enfermería. Concluye que la mayoría de los profesionales obtuvieron una mala calidad del SOAPIE, no existe relación entre los factores y calidad de SOAPIE (22).

Rodas A. (2019) Perú, realizó un estudio denominado “Intervenciones del profesional de Enfermería para la seguridad del paciente, en los servicios de Emergencia”. El objetivo del estudio es describir las intervenciones del profesional de Enfermería para lograr la seguridad del paciente en los servicios de emergencia. La metodología, fue un análisis sistemático de artículos y /o literatura científica, el cual consistió en sintetizar los resultados de múltiples fuentes para dar respuesta a una situación problema del campo profesional de salud, mediante el diseño de investigación documental y bibliométrico de forma retrospectiva, se encontraron aproximadamente más de 30 artículos relacionados con el tema de investigación, de estos se analizaron 30 artículos de publicaciones tomadas a partir del año 2008 al 2018, de las cuales 21 de estas literaturas científicas son actualmente mencionadas en el resumen analítico especializado

(RAE). En conclusión, las intervenciones de Enfermería que se han identificado en las revisiones de diferentes artículos, detallan que los cuidados son responsabilidad plena del profesional de Enfermería, competentes y preparadas para brindar mejores cuidados al paciente, esto hace que la seguridad del usuario esté garantizada bajo la experticia, y capacidad de gestionar un buen cuidado al paciente (25).

Cuevas M. et al (2019) España, realizó un estudio denominado “Diseño y validación de un nuevo registro clínico de Enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis”. La metodología que desarrolló un estudio descriptivo, 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 resultados muestran que 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 concluyó que el instrumento se considera válido, proporcionando información adecuada del paciente previo al tratamiento hemodialítico, lo cual satisface los requerimientos legales respecto a la continuidad de los cuidados (26).

Guato y Guarate (2018) Ecuador, realizó un estudio denominado: “Influencia de la aplicación del formato SOAPIE de los registros de Enfermería y su relación con los aspectos ético legales”. La investigación tuvo como objetivo: Determinar la influencia de la aplicación del formato SOAPIE de los registros de Enfermería y su relación con los aspectos ético legales. Es de tipo descriptiva y de campo. La muestra fue de 103 profesionales, se aplicó un cuestionario realizado por Vargas y Col, el cual consta de 18 ítems utilizándose la escala de Likert (siempre, a veces, nunca). Los resultados indican que los registros clínicos son explícitos con

la información más relevante del paciente, a veces hacen uso del corrector y abreviaturas. Además, consideran que el SOAPIE permitiría registrar la información según un orden lógico con carácter ético y a contribuir como respaldo ante situaciones ético legales. Conclusión no se utiliza el formato SOAPIE para el reporte de Enfermería, aunque los registros lo hacen en relación a los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía (15).

Ríos L. (2018) Perú, se realizó un estudio titulado “Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de Enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacocha- Pucallpa, julio – diciembre 2017”. La investigación tuvo como objetivo determinar los principales factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de Enfermería en el servicio de medicina. El estudio es descriptivo, prospectivo, transversal; correlacional. La población fue 7 Enfermeras/os y 126 hojas de anotaciones 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 fueron: los factores personales que limitan el correcto llenado de las notas de Enfermería son: la falta de conocimientos del PAE y SOAPIE (100%), el exceso de trabajo (57,1%) y el estado emocional estresado (42,9%); Entre los factores institucionales: la demanda de pacientes (100%), deficiente número de enfermeras/os (100%), la no actualización (71,4%), la falta de reconocimiento (71,4%) y la falta de normas escritas (57,1%). Respecto a la calidad de las notas: 92% cumplen con llenar correctamente la hoja. Se concluyó que los factores personales no guardan asociación con el incumplimiento del correcto llenado de las notas de Enfermería (18).

Guerra M. et al (2017) España, realizo un estudio denominado: “Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del

paciente y su evitabilidad”. El estudio tiene como objetivo Evaluar el grado en que los sucesos adversos (SA) ligados a la asistencia sanitaria alcanzan al paciente y su severidad. El método del estudio es descriptivo retrospectivo, desde enero de 2014 a abril de 2016. Se incluyeron notificaciones de SA en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para Seguridad del Paciente (SiNASP). Variables de medida: incidente adverso (IA) si no alcanzó al paciente o no produjo daño, evento adverso (EA) si llegó al paciente con daño. Grado de daño clasificado como mínimo, menor, moderado, crítico y catastrófico. Los resultados muestran que 166 SA (50,0% hombres, 46,4% mujeres; edad media: 60,80 años). El 62,7% alcanzaron al paciente. EA: 45,8% produjeron daño mínimo y 2,4%, daño crítico. Los profesionales fueron factor contribuyente en el 71,7% de los EA, encontrándose tendencia a la asociación entre deficiente comunicación y ausencia de protocolos con el daño producido. Grado de evitabilidad: 96,4% (23).

Quispe E. (2017) Perú, realizó un estudio denominado “Calidad de las notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016”. de tipo cuantitativa y de corte transversal; descriptiva; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de Enfermería. La población estuvo conformada por 63 historias clínicas correspondientes al II semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. Se concluyó que las notas de Enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 55,0%. El 80,0% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 97,0% de las notas de Enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE) (17).

Córdova y Molina (2017) Perú, en su estudio titulado “Factores personales asociados a la calidad del reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de cardiopediatría, INCOR ESSALUD, Lima 2016”. Se

plantea como objetivo: Determinar los factores personales asociados a la calidad del reporte de Enfermería. El diseño metodológico es de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter cuantitativo, siendo la población y muestra 45 Enfermeras y 135 reportes de Enfermería observados. El instrumento elegido fue un cuestionario y guía de observación. Los resultados mostraron que el 5% de significancia se asocia al conocimiento, por lo tanto a mayor conocimiento, mayor calidad de reporte de Enfermería (6).

Carranco E. (2017) Ecuador en su estudio titulado “Factores que influyen en la calidad de los registros de Enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra-2017”. El objetivo del estudio es determinar los factores que influyen en la calidad de los registros de Enfermería de la Historia Clínica. La metodología del estudio es descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. Se consideró una muestra de 364 historias clínicas escogidas aleatoriamente. Mediante un instrumento de verificación y una encuesta a los profesionales de Enfermería sobre su nivel de motivación en la institución. Los resultados muestran que los registros de Enfermería en su mayoría contienen enmendaduras, uso de corrector, la firma es ilegible y no colocan el sello; el 88.5% no reporta actividades pendientes, en el formulario de signos vitales, un 60.4% no grafica signos vitales completos, el formulario de ingesta y eliminación, el 46.5% no realiza un correcto balance hídrico. Entre los factores que determinan la calidad del registro fue la diversificación de actividades de Enfermería en un 31.6%. Concluye que los factores intrínsecos y extrínsecos influyen en la calidad del registro de Enfermería (12).

Ruíz E. et al (2017) México, realizó un estudio titulado “La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico”. El estudio tiene como objetivo: Identificar y analizar la eficacia de la nota cualitativa de Enfermería en función del expediente

clínico. La metodología del estudio es retrospectivo, transversal, con una muestra de 73 notas de Enfermería. Por medio de la cédula de valoración de los “40 estándares básicos para la práctica de enfermería “que desarrollo la CONAMED, se extrajeron 10 ítems pertenecientes a la nota de Enfermería. Los resultados muestran que las 73 notas de Enfermería, 38 (52%) tuvieron la identificación correcta del paciente, 51 (70%) el diagnóstico médico correcto. En el apego a la normatividad, 47 (64%) no fueron registradas por lo que se omitieron, mientras que 26 (36%) estaban con abreviaturas y eran ilegibles. El estudio concluye que la eficacia de las notas de Enfermería son indispensables para coadyuvar a la calidad de la documentación del cuidado, la deficiente fundamentación y apego a la normatividad limita su funcionalidad dentro del expediente clínico (21).

Salas y Arcaya (2016) Perú, realizó un estudio titulado “Opinión de las Enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de Enfermería en la UCI de la Clínica Internacional Sede Lima – 2015”. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la opinión de las Enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de Enfermería en la UCI. El tipo de estudio es nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, la población está conformada por 15 Enfermeras, se utilizó como instrumento el registro sistematizado y escala Likert. Los resultados muestran en cuanto a la estructura, el 53% tiene una opinión medianamente favorable, el 40% opina favorable. Por lo que Concluye que el actual formato utilizado es medianamente favorable ya que no consigna espacios para formular diagnósticos de Enfermería, planificar y evaluar los cuidados (9).

Zárate R., et al (2015) México se realizó un estudio denominado “Factores relacionados con eventos adversos reportados por Enfermería en unidades de cuidados intensivos. El estudio tiene como objetivo: Determinar la ocurrencia de

los EA en las áreas de cuidados intensivos. La metodología del estudio es multicéntrico, analítico, transversal y observacional, en siete instituciones de salud de carácter público. La muestra estuvo compuesta por 137 personas durante el periodo comprendido del 1-04-2012 al 31-01-2013. Los datos se recolectaron con la ficha de notificación de EA tomada y adaptada del proyecto SYREC 2007. Los resultados: Muestran que el 58% de los EA se presentaron en pacientes masculinos, el 60% en edad pediátrica. Los EA relacionados con el cuidado fueron los más frecuentes con un 29.9%. En el 51% estuvieron relacionados con invalidez temporal. En un 75% de los casos se pudieron evitar. Sobresalen los factores del sistema con un 98% (19).

López J. et al (2015) México se realizó un estudio titulado “Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de Enfermería”. Tiene como objetivo: Identificar la calidad del registro clínico de Enfermería de una institución privada de salud. La metodología del estudio es cuantitativo, descriptivo y documental, la muestra estuvo constituida por 105 notas de Enfermería, se elaboraron y utilizaron como instrumentos para la evaluación, la Ficha de Registro de Datos y la Cédula de Evaluación del Registro Clínico de Enfermería, constituida por 6 indicadores y un total de 47 ítems, posee una confiabilidad de 0.75 por Alpha de Cronbach. Los resultados: Se encontró la calidad del registro clínico en un nivel de No cumplimiento en los tres turnos (65.86%, 65.46% y 66.20%). Se concluyó que el área de mayor déficit de registro se encuentra en los indicadores Identificación, Valoración, Evaluación y Elaboración. Esto evidencia la necesidad de implementar una intervención educativa en el personal de Enfermería para mejorar la calidad del registro (20).

2.1. Antecedentes nacionales

En cuanto a Bolivia el estudio realizado por Mancilla E. (2021) Bolivia, concibe un estudio titulado “Registro sobre cuidados de Enfermería durante el post operatorio inmediato en unidad de cuidados post anestésicos, Hospital del Norte, segundo semestre gestión 2020”. Con el objetivo de determinar el registro de Enfermería durante el post operatorio inmediato. Investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, de corte transversal, tomando en cuenta el expediente clínico como los registros de Enfermería en pacientes post operados. Se consideró una muestra, 686 historias clínicas, específicamente registros realizados por el personal de Enfermería. Se empleó una guía de observación para medir el cumplimiento de registros, y un cuestionario dirigido al profesional de Enfermería. Los resultados a tomar en cuenta de acuerdo a la guía de observación muestran un 100% de los registros de Enfermería no está documentado el informe verbal y escrito, incluso el 100% de medicación administrada durante la intervención de Enfermería No está registrada. De acuerdo a la encuesta realizada al profesional de Enfermería, en cuanto a la atención del paciente un 36.4% prioriza atención del sistema respiratorio, pre y transoperatorio. El 100% del profesional de Enfermería indica no contar un registro de cuidados post anestésicos considerando importante contar con el registro y guía de cuidados post anestésicos. Se propone diseñar un registro de Enfermería en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital del Norte (1).

Chambilla M. (2021) Bolivia, realizo un estudio denominado: “Cumplimiento del registro de Enfermería en la unidad de ginecología, Hospital Materno Infantil, Caja Nacional de Salud La Paz, primer trimestre – 2020”. El objetivo fue determinar el cumplimiento del registro de Enfermería, en la Unidad de Ginecología, Hospital Materno Infantil, Caja Nacional de Salud, La Paz, primer trimestre 2020. La metodología, del estudio fue llevado adelante a través del

enfoque cuantitativo, fue de tipo descriptivo, de diseño retrospectivo y no experimental, el instrumento para la recolección de datos fue la ficha de revisión documental, la muestra fue probabilística estratificada siendo 133 registros de enfermería. Los resultados mostraron que en relación a la objetividad todos los indicadores se cumplen, con respecto a la precisión y exactitud, deben mejorarse son registro de indicaciones revisadas con firma, hora, fecha y sello. Registro del diagnóstico médico de ingreso, firma y sello en la cantidad de dosis del medicamento administrado, registro de posibles reacciones o tolerancia al tratamiento. En la dimensión Legibilidad y claridad hay debilidades sobre todo en los indicadores presencia de tachaduras, borrones y correctores y conservación del buen estado, tipo de letra y legibilidad, finalmente, el uso de abreviaturas y símbolos convencionales. En conclusión, se ve la necesidad de fortalecer la forma de anotación de los registros porque existen muchos indicadores que no se cumplen. Por ello, la necesidad de desarrollar una propuesta que permita el mejoramiento del registro de Enfermería (14).

Flores V., (2019) Bolivia, concibe un estudio titulado “Implementación de un nuevo modelo de hoja de registro con un lenguaje estandarizado, en la unidad terapia intensiva del adulto clínica del sur, gestión 2018”, El presente estudio tiene como objetivo implementar el nuevo modelo de hoja de registro con un lenguaje estandarizado en la unidad de terapia intensiva del adulto. La metodología empleada es tipo descriptivo de corte transversal, toma como sujetos de estudio a las Enfermeras de la Unidad de terapia intensiva, como unidad de análisis el nuevo modelo de hoja de registro con lenguaje estandarizado, se desarrolla el estudio en cuatro etapas: análisis comparativo, descripción del manejo de la actual hoja y la propuesta del nuevo modelo, partiendo de la inducción con 8 licenciadas. Resultados muestran que el 75% del personal está de acuerdo con la implementación de la nueva hoja. Conclusión, La inducción previa fue un punto favorable en este proceso. Se concluye que una intervención debe estar

acompañada de una acción de cambio que mejore las condiciones del problema (26).

Escobar N. (2019) Bolivia, realizo un estudio titulado “Calidad de registro de la hoja de Enfermería en la unidad de cuidados post anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología gestión 2017-2018 La Paz Bolivia”. Con el objetivo de determinar el nivel de calidad de los registros en las hojas de Enfermería. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, se consideró: expedientes clínicos, hojas de Enfermería de clientes mayores de 18 años post operados inmediatos. Para fines de estudio se consideró una muestra de 1278 historias clínicas y registros realizados por el personal de Enfermería que trabajan en el servicio de recuperación. Se utilizó un cuestionario con tres ítems para medir la calidad de los registros de Enfermería. Los resultados más sobresalientes son el 1,3% de registros tiene un regular nivel de cumplimiento y un 98,7% no hay información suficiente del cliente, no se encuentran registrados de acuerdo al P. A. E. Se propuso diseñar una Hoja de Registro en la Recuperación de la Anestesia para Enfermería aplicando Estándares Internacionales de la recuperación de la anestesia, control de las constantes vitales. Como también actualizar y capacitar al personal de Enfermería del I. N. O. en el manejo de la hoja respectiva (4).

Limachi J. (2018) Bolivia, realizo un estudio titulado “Hoja de registro de la unidad de terapia intensiva por Enfermería de la Caja Bancaria Estatal de Salud, ciudad de la paz gestión 2018”. Tiene como objetivo de mejorar el registro de la hoja de terapia Intensiva por Enfermería, el método utilizado es de tipo descriptivo de cohorte transversal, observacional y prospectivo durante el primer semestre de la gestión 2018. Se tomó como universo a 14 profesionales de Enfermería que trabaja en Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud. Los resultados reflejan 43% del personal de enfermería comprende 25 a 30 años, el

50% tiene una experiencia mayor o igual a 6 meses en UTI, 64% trabaja a contrato, 43% indica que es un instrumento legal, en la observación el personal no registra la planificación, objetivo, no registran NIC y NOC. En la hoja de observación el 14% de enfermeras no realiza el registro correspondiente en hoja de UTI (27).

Deheza y Cortes (2018) Bolivia, realizó un estudio titulado “Calidad de la hoja registro de Enfermería según el proceso Enfermero y SOAPIE, Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Arco Iris, gestiones 2015-2017”. La presente investigación tiene como objetivo evaluar la calidad de la Hoja de Registro de Enfermería en su Estructura y contenido, según el Proceso Enfermero y SOAPIE. La metodología de estudio fue bajo el enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental; respecto a la muestra fue estratificada de 220 hojas. Se aplicó un registro de revisión para la recolección de datos. Los resultados sobre la dimensión estructura fueron que: un 100.0% registró, nombre completo del paciente; el 7.2% registró el peso; 100.0% registro 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 100.0% dejaba líneas o espacios en blanco, el 17.3% colocaba sello, el 26.4% respetaba el formato, el 48.6% presentaba orden. La propuesta de la tesis se centró en la reestructuración de la Hoja de Registro de Enfermería tomando en cuenta el proceso Enfermero con el modelo SOAPIE incluyendo actividades específicas de Enfermería (5).

Vargas R. (2017) titulado “Factores que inciden en la aplicación del proceso Enfermero en la unidad de terapia intensiva del Hospital de Clínicas gestión 2015 – 2016”. Con el objetivo de identificar los factores que inciden en la adecuada aplicación de los cinco componentes del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Se realizó un estudio sistemático, cuantitativo de percepción

observacional, descriptivo, y de corte transversal. La muestra fue la revisión de 60 expedientes clínicos. Los resultados de las encuestas, evidencian que el PAE es aplicado por el 40% de la profesional de Enfermería, el 40% aplica parcialmente, y 20% señalo que no lo aplica, el 60% desconoce algunas partes esenciales, el 80% ha señalado que el exceso de trabajo, no les permite aplicar este proceso porque las actividades exceden su propia capacidad humana. Mediante lo expuesto, se puede verificar que si bien, las participantes tenían una base de conocimiento teórico sobre este tema, se evidencia que no existe sincronía metodológica en la aplicación del proceso (13).

III. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

Los registros de la hoja de monitoreo son documentos legales, determina la participación de los profesionales en la atención de los pacientes, hace visible el rol autónomo de Enfermería y es la evidencia del cuidado proporcionado al paciente sin olvidar que es un medio de comunicación entre los profesionales de salud. Los formatos de dicha hoja van reestructurándose en respuesta a las demandas de calidad de atención y más aún en las Unidades de Cuidados Intensivos, por la complejidad del estado de salud del paciente (28).

Desde hace ya bastantes años la Seguridad del Paciente se ha convertido en un reto y en una prioridad de los sistemas sanitarios, con el objetivo preciso de reducir el número de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria, a pesar de ello y del esfuerzo realizado, todavía son muchos pacientes que sufren daños irreversibles que quedaron con secuelas permanentes o la muerte. Su impacto se extiende no solo a los familiares sino también a las instituciones sanitarias y todo ello con un costo económico y emocional con importantes consecuencias para todos los implicados (3).

Por lo tanto, es de suma importancia los registros de la hoja de monitoreo en las áreas críticas como Terapia Intensiva donde el paciente debido a su inestabilidad requiere de toda la atención y cuidado especializado para mantenerse vivo, la información que proporciona el profesional de Enfermería en dicha hoja contribuye en la toma de decisiones y cambios terapéuticos, la ausencia del registro se entiende como una falta legal, ética del profesional que pone en duda las acciones de Enfermería, más aún cuando se ve un incremento de expedientes clínicos auditadas (30).

Los eventos adversos relacionados a errores humanos (fatiga, sobrecarga laboral, turnos prolongados, estrés, años de antigüedad en un mismo servicio), tales como el mal cálculo de balances hídrico, errores en la identificación del paciente u omisión del registro de la presión del CUFF.

Justificación metodológica

Los daños asociados a la atención en salud van en acenso, en su mayoría son en áreas críticas como la UCI, y estas están relacionados con los cuidados Enfermeros, por ello la investigación sobre el registro de la hoja de monitoreo relacionado a la seguridad del paciente, para la obtención de información se utilizó el instrumento de chequeo que fue validado por especialistas en el área, al evidenciar debilidades en el registro de dicha hoja de monitoreo.

Justificación practica

En este sentido, la presente investigación identifica y proporcionara información para futuras investigaciones, mostrando la responsabilidad que conlleva un buen registro de la hoja de monitoreo en áreas críticas como son las UTIs y el rol del profesional de Enfermería sobre la seguridad del paciente con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente crítico y así evitar errores y omisiones en el marco legal, recordando que lo que no se registra, no existe o no sucedió.

Se propone una hoja de monitoreo para la Unidades de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N1, acorde a las necesidades del servicio y que garantice la seguridad del paciente crítico, en base a las normas de registros médicos establecidas a nivel nacional e internacional, lo que permitirá minimizar riesgos relacionadas a la asistencia sanitaria.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco conceptual

4.1.1. Definición de registro de Enfermería

Son las anotaciones sobre la evolución y condición del paciente. Un informe completo conservando un orden cefalo-caudal, anotan los problemas presentados por el paciente, así como pendientes. Forman parte del expediente clínico, nos brindan información continua del cuidado y reflejan las respuestas a la atención brindada constituyéndose en el respaldo legal en las auditorías médicas (9).

Según Salas el registro de Enfermería es la constancia escrita que se deja de los hechos esenciales con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado (9).

En cuanto a Guato los registros de Enfermería permiten la continuidad del tratamiento lo que facilita la comunicación entre los profesionales del equipo de salud, además, los mismos deben ser elaborados con rigor científico constituyéndose en un instrumento valioso que brinda información (15).

Por otro lado Potter y Griffin definen los registros como “documentación legal permanente, de la información relevante para la gestión de cuidados de la salud del cliente”. (9) Este registro es parte integrante de la documentación del expediente clínico y constituye un testimonio de carácter legal (13).

4.1.2. Importancia de los registros de Enfermería

Es una herramienta que permite a otros profesionales de salud tomar decisiones durante el transcurso de la internación del paciente: cambio de dietas, estudios específicos, cambios en el tratamiento y altas, porque el personal de Enfermería

es el único que brinda el cuidado a los pacientes las 24 horas de los 365 días del año (4). A la institución le sirve también para el control económico, porque toda asistencia al cliente genera gastos económicos. Son útiles para realizar estudios de investigación, ayudando a formular protocolos y procedimientos específicos necesarios para cada área de trabajo, como también para evaluar la asistencia que brinda el profesional de Enfermería al cliente (4) (14).

Objetivos del registro de Enfermería

- El objetivo del reporte de Enfermería es garantizar la continuidad de la atención del cuidado de Enfermería al usuario, paciente, cliente (10).
- Evitar la ocurrencia de eventos adversos. Aclarar conceptos y unificar criterios sobre el plan de cuidado de Enfermería (10).

4.1.3. Características de los registros de Enfermería

Los reportes de Enfermería deben ser relevante y la alta calidad ya que con ellos podemos enriquecer los cuidados y hacerlos eficientes e individualizados para cada uno de los pacientes. Utilizaremos las normas OPCCO que significa:

- **Objetivo:** Se elaborará en base a lo observado, tomando en cuenta reacciones físicas y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamiento y procedimientos realizados (12).
- **Precisos:** Explicar claramente la información que se quiere dar, descartar palabras vagas. (12) “La documentación de datos concisos es clara y fácil de entender”. El uso de palabras que no aportan en nada a la condición del paciente es en sí irrelevante y deben ser por ello evitadas.

- **Claro:** Letra clara, buena construcción gramatical, sin faltas de ortografía. También el “uso de abreviaturas, símbolos y sistemas de medidas aceptadas” garantizará que todo el equipo de salud que participa en mejorar la condición de salud del paciente; tenga una menor posibilidad de cometer errores (5).
- **Concreto:** No debe ser corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo. (12) El reporte de Enfermería debe ser “conciso, apropiado y total sobre el cuidado del paciente”. En la entrega de turno se deberá detallar todos los procedimientos, cuidados o medidas de confort que se le aplicó al paciente; con ello la continuidad del cuidado queda garantizada (7).
- **Organizado:** que registre los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en sentido cefalo-caudal, las respuestas frente al tratamiento en la hora que se presenta o se realiza el cuidado (12).

“La información debe contener un orden lógico”; en este cabe aplicar las habilidades del pensamiento crítico y también del PAE para dar el orden lógico que un reporte de enfermería de calidad lo amerita (7). Debe garantizar seguridad al paciente, reduciendo riesgos innecesarios derivados en la atención del paciente por medio de una información escrita (5).

4.1.4. El proceso Enfermero

Es la única herramienta que esta validada internacionalmente por la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, la misma, permite al personal de Enfermería garantizar el cuidado integral al individuo, la familia y la comunidad (7). El Proceso de Atención de Enfermería es parte esencial al momento de saber si los cuidados que estamos brindando están dando los resultados esperados; en

la actualidad, este proceso puede ser considerado como un método científico al momento de brindar cuidados individualizados y de calidad (7).

El (PAE) también es definido como un “método de trabajo que aporta grandes beneficios, al lograr la vinculación del paciente a su cuidado, como ente participativo del mismo, dependiendo de las reacciones de cada individuo en cada una de las intervenciones de enfermería esta participación ayuda a la relación que debe existir entre Enfermera-paciente (7) (5).

4.1.4.1. Características del proceso Enfermero

El PAE debe poseer características para que pueda ser aplicado como un método de cuidado integral, de calidad y seguridad para los pacientes: (7)

- **Es sistemático:** Obedece un orden lógico, con cinco etapas para guiarnos como es lógico primero se llevará a cabo la valoración, luego el diagnóstico, planificación, ejecución y por último la evaluación; así alcanzaremos el cuidado necesario para el paciente (7) (5).
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente. (5) Ya que la persona puede pasar por diferentes etapas por su misma naturaleza; la humana; “cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad” (7).
- **Es interactivo:** Esta característica permite que se establezcan relaciones recíprocas entre la Enfermera, paciente, familia, comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados (7) (5).
- **Es flexible:** “Se puede aplicar en cualquier área que trate con individuos familia y comunidad”. El personal de Enfermería no solo brinda cuidado

directo, sino que se encarga de ámbitos como el educativo, administrativo y de investigación.

- **Es humanístico:** Porque se planifican los cuidados y se ejecutan tomando en cuenta las necesidades del paciente y considera al mismo de manera holística (5).
- **Tiene una base teórica:** Todo el proceso está basado en las ciencias de la salud, con sustento en la investigación, por ello tiene que ser basado en evidencias, para que el cuidado esté garantizado. Los conocimientos en los que puede basarse pueden ser: “ciencias biológicas, humanísticas y sociales (7).

4.1.4.2. Etapas del proceso Enfermero

El proceso Enfermero se organiza bajo cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas:

- Valoración
- Diagnóstico de Enfermería
- Planeación
- Ejecución intervención
- Evaluación (5) (7)

4.1.4.2.1. Primera etapa: Valoración

El profesional de salud debe tratar de averiguar todo lo que sea posible, “dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre la propia persona, su familia y su entorno”, con la finalidad de poder identificar sus necesidades. Dentro de la valoración existe una clasificación: por funcionalidad y según el objetivo (7).

- **Por su funcionalidad**

Valoración inicial: primer encuentro enfermera-paciente, aquella que se realiza durante el ingreso del paciente (13) (7).

Valoración continua: durante toda la atención.

- **Según el objetivo**

Valoración generalizada: determinar áreas que necesitan ayuda.

Valoración focalizada: conocer aspectos más específicos (7) (13).

Según Chacón la propia etapa de la valoración está dividida en varios pasos: recogida de datos y clasificación, validación de datos (7).

a) Recolección de datos, donde se obtendrá la información necesaria ya que de acuerdo con la American Nurses Association en el 2015 brindara un cuidado holístico, se dividen en: (7)

- **Los datos subjetivos** corresponden a lo que el paciente refiere estar sintiendo con relación a su estado de salud; por ejemplo “tengo la sensación de que mi cabeza va a explotar”. Estos datos no son visibles, el único que puede describirlos e indicar sus características es el paciente (13).
- **Los datos objetivos** son aquellos que pueden ser observados y medidos mediante “instrumentos y escalas que tienen parámetros de referencia”; por ejemplo, frecuencia respiratoria, temperatura corporal entre otras (7). Se caracterizan porque son datos detectables mediante la aplicación de técnicas utilizadas para la realización del examen físico del paciente, como la observación, palpación, percusión o auscultación. Asimismo, son

susceptibles de medición y comparación. Por ejemplo, el control de la temperatura corporal (13).

Los datos históricos obedecen a “acontecimientos del pasado y que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud de la persona”; por ejemplo intervenciones quirúrgicas, tratamientos o reacciones alérgicas; incluye factores de riesgo como enfermedades de familiares cercanos, además de hábitos y costumbres (7).

Los datos actuales son los que están sucediendo en ese momento y son el motivo de consulta y lo que justifica la presencia del paciente en la institución de salud. “Todos los datos deben ser descriptivos, concisos, completos, asequibles, comunicados y anotados” (7).

La información puede ser obtenida de diversas fuentes, las cuales, de acuerdo a su importancia, se encuentran clasificadas en primarias y secundarias:

- **Fuente primaria:** Se considera dentro de esta categoría, la información proporcionada por el paciente. Esta es la fuente de datos de mayor confiabilidad, especialmente, cuando se deben recolectar datos subjetivos. Para avalar la veracidad del contenido de la información, el paciente debe reunir algunos requisitos: (13)

La persona debe estar orientada en tiempo y espacio. Debe comunicarse con claridad y no encontrarse en estados psicológicos como confusión mental, timidez, temores, etc (13).

- **Fuentes secundaria:** Ingresan dentro de esta clasificación las personas relacionadas con el paciente, como los miembros de la familia, amigos,

amistades, conocidos. Estas personas pueden proporcionar información cuando el paciente es muy joven o está inhabilitado para ello (13) (7).

La Enfermera debe disponer de una metodología que le permita recolectar la información. En este sentido, las técnicas más utilizadas son: (13)

- **Observación:** “Los datos encontrados mediante la observación posteriormente han de ser confirmados o descartados” (7).
- **Entrevista:** es la parte donde se obtendrá datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales del paciente.
- **Exploración física:** La exploración implica la utilización de las técnicas de la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación y el olor. Una exploración completa incluye “la talla del paciente, el peso, las constantes vitales y una exploración de todos los sistemas corporales de la cabeza a los pies” (7).

b) Clasificación y validación de datos, después de recogidos los datos se clasifican y validan mediante escalas y modelos, herramientas de respuesta humana y priorización de datos, esto ayudará a tomar la decisión correcta al momento de brindar una intervención en el paciente y asegurar una correcta atención (7).

Para validar y clasificar estos datos se puede realizar mediante:

- 1.- Los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon
- 2.- Las necesidades básicas de Virginia Henderson
- 3.- La pirámide de necesidades básicas de Maslow
- 4.- Los dominios de salud de la NANDA

Su selección obedece a los objetivos que se desea alcanzar, la especialidad de la unidad de trabajo, las exigencias de las necesidades de los pacientes (13).

Al mismo tiempo, regula los criterios de ponderación, los que se encuentran dentro de los siguientes parámetros: (13)

1.La prioridad de la recogida de datos está condicionada por las necesidades inmediatas del cliente.

2.Los datos de interés se recogen usando técnicas de valoración adecuadas.

3.En la recogida de datos interviene el cliente, sus allegados, y otros profesionales de la asistencia sanitaria, cuando así procede.

4.El proceso de recogida de datos es sistemático y progresivo.

5.Los datos relevantes quedan registrados de forma que pueda recuperarse. Esta apreciación, le permite a la Enfermera, identificar los aspectos reales, complicaciones potenciales y los factores de riesgo de mayor relevancia, en base a los cuales puede planificar los cuidados de Enfermería (13) (5).

4.1.4.2.2. Segunda etapa: Diagnóstico de Enfermería

El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de Enfermería proporciona los fundamentos, para la selección de las intervenciones de Enfermería, necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las Enfermeras (13).

a) Tipos de diagnósticos de Enfermería

- Diagnóstico de enfermería real: Es el problema por el cual el paciente ha ingresado al hospital.
- Diagnóstico de enfermería de riesgo: Son los peligros que derivan del problema real, que pueden originar complicaciones en la salud del paciente.
- Diagnóstico de bienestar: Son circunstancias en las cuales la situación real funciona positivamente y el paciente tiene el deseo de evolucionar a un nivel mayor de bienestar.

La NANDA define a los diagnósticos de bienestar como “un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado”.

- Diagnóstico de enfermería posible: En este tipo de diagnóstico, requieren más datos para apoyar o rechazar el diagnóstico, es decir que las pruebas para la formulación diagnóstica no son claras (13).
- Diagnóstico de síndrome: Agrupa diagnósticos de enfermería que desembocan juntos en una situación. Por ejemplo: Ansiedad, alteración de sueño y reposo, miedo, alto riesgo de la alteración de los patrones sexuales, duelo, dolor (13).

b) Componentes del diagnóstico de Enfermería

- Etiqueta: Nombre del diagnóstico

- Características definitorias: Signos y síntomas observables y verificables durante la valoración.
- Factores relacionados: Elementos que tienen una relación directa o indirecta con el diagnóstico de Enfermería, factores etiológicos.
- Factores de riesgo: Elementos que aumentan la vulnerabilidad (13).

Diferencias entre el diagnóstico médico y el diagnóstico de Enfermería, los diagnósticos de Enfermería disponen de una terminología en relación a la respuesta individual de cada paciente y proporcionan una comprensión holística en relación al problema de origen.

- **Diagnósticos de Enfermería:**

-Describe una respuesta humana real o potencial ante un problema de salud.

-Las respuestas indican necesidad de cuidados enfermeros.

-Puede variar a medida que se modifican las respuestas.

-Referencia a la percepción que el paciente tiene de su estado de salud.

-Pueden aplicarse a las alteraciones de individuos o grupo.

-Clasificación en proceso de desarrollo (13).

- **Diagnósticos médicos:**

-Describe una enfermedad o síntoma por alteración orgánica o funcional.

-Las manifestaciones clínicas indican necesidad de una atención médica.

-Invariable durante el proceso de enfermedad.

-Referencia a las alteraciones fisiopatológicas del organismo.

-Sólo es aplicable a las enfermedades de los individuos

-Clasificación desarrollada (13)

4.1.4.2.3. Tercera etapa: Planeación

En esta etapa se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas que aquejan al usuario de servicios de salud; si su identificación previa fue correcta, la calidad y seguridad de la atención están garantizadas (7).

El plan tiene dos partes: “los resultados esperados, que describen comportamientos o resultados que se deben alcanzar dentro de un tiempo determinado; y las intervenciones de Enfermería necesarias para alcanzar tales resultados (7).

a) Fijación de prioridades: Se determina la gravedad de la enfermedad de la persona, en base a estas características se decide la acción que se va a llevar a cabo, definiendo la prioridad del abordaje Enfermero, con este motivo se dividen los diagnósticos en las siguiente clasificación: (13)

- Prioridad alta: referentes a aquellos problemas que colocan a la persona en peligro de muerte.
- Prioridad media: problemas que amenazan la salud.

- Prioridad baja: necesidades que requieren un mínimo de atención de Enfermería (13).

Maslow formuló una teoría basada en la jerarquización de las necesidades humanas. En el primer nivel se encuentran las necesidades fisiológicas básicas, continuando las necesidades de seguridad, afiliación, reconocimiento, autorrealización. Indicando que a medida que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan deseos más elevados que los llevan a la parte superior de la pirámide. Esta teoría es aplicada con frecuencia para la jerarquización de prioridades (13).

- b) Establecimiento de criterios de resultados u objetivos:** Después de haber priorizado los diagnósticos enfermeros, se realiza la enunciación de objetivos. Estos están en relación a los resultados que se desea alcanzar en función a la salud del paciente.

4.1.4.2.4. Cuarta etapa: Ejecución e Intervención

Es la puesta en práctica del plan, realizando las intervenciones planificadas; “corresponde a la cuarta etapa, conocida como la intervención de la profesional de enfermería, se basa en cubrir las necesidades, solucionar los problemas o fomentar para seguir las prácticas adecuadas en el paciente”; para eso nos apoyaremos en el NIC donde podemos encontrar 554 intervenciones para mejorar es estado de salud del paciente (7).

a) Tipos de intervención

- Una intervención de enfermería directa; consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. Las intervenciones de enfermería directas comprenden acciones de enfermería fisiológicas y

psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza (7).

- Una intervención de enfermería indirecta; es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria (7).
- Una intervención a la comunidad, está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad pretenden el fomento de la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población (7).

4.1.4.2.5. Quinta etapa: Evaluación

Es la comparación entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados tras la aplicación de actividades de Enfermería. La etapa de evaluación se compone de:

- Medir los cambios que se presentaron en el paciente.
- Evaluar en relación con los objetivos que se marcaron.
- Resultado de la intervención Enfermera.
- Finalidad de reestablecer las correcciones que proceden (7).

En esta fase el proceso de atención de Enfermería podremos verificar si los cuidados brindados fueron eficaces. Si el proceso aplicado tuvo resultados

exitosos, el estado de salud del paciente será óptimo, se podrá visualizar porque el paciente podrá realizar acciones de autocuidado e independientes (7).

Desde otro punto de vista también puede haber no solo resultados positivos sino también situaciones inesperadas como, por ejemplo, complicaciones durante el tratamiento. Así como resultados negativos en los que no se logró los resultados esperados. En este caso se tendrá que hacer una nueva valoración de Enfermería y observar que nuevos problemas surgieron o empeoraron y volver a realizar un nuevo proceso de atención de Enfermería (7) (13).

4.1.5. Hoja de monitoreo de Terapia Intensiva

Es un documento médico legal y una herramienta de trabajo dinámico donde se registran los parámetros hemodinámicos, tratamiento médico suministrado al paciente, en estado crítico y los cuidados brindados ante las posibles descompensaciones que puedan existir durante las 24 horas (31).

El registro de la hoja de Terapia Intensiva es organizado y simplificado, en relación a la salud de las personas que padecen una enfermedad. Considerados como registros biomédicos más comunes del expediente clínico, Es útil para la investigación biomédica (clínica, bioquímica, genética, correlación fenotipo/genotipo, diagnóstico, tratamiento, evolución, historia natural de la enfermedad, calidad de vida, etc.), y para la investigación epidemiológica en general. Son imprescindibles para poder archivar y gestionar toda la atención médica del paciente (28).

Tiene como objetivo:

- Documentar la historia natural de la enfermedad, incluyendo sus características, manejo y resultados con o sin tratamiento.

- Útil para investigaciones clínicas y epidemiológicas (28)

4.1.5.1. Datos de Identificación General

Se procederá a realizar la identificación del paciente, cubriendo los requisitos que se piden de acuerdo al formato. El no identificar a los pacientes causa errores en las actividades diarias, así como en la administración de medicación, transfusiones, exámenes de laboratorio, exámenes de diagnóstico, procedimientos e inclusive en el suministro de dietas equivocadas, dando lugar a complicaciones e infringir con la seguridad del paciente (29).

- Código de seguro
- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha de ingreso
- Fecha de registro
- Diagnostico
- Edad
- Peso de ingreso
- Peso actual
- Talla
- Sexo
- Grupo sanguíneo
- Medico de turno

4.1.5.2. Datos Hemodinámicos

La monitorización hemodinámica nos permite obtener información sobre el funcionalismo cardiovascular del paciente crítico, por lo que constituye una pieza fundamental en la aproximación diagnóstica y en la guía terapéutica del paciente con hipoperfusión tisular.

- Presión arterial
- Presión arterial media
- Presión venosa central
- Frecuencia cardiaca
- Llenado capilar
- Temperatura
- Diuresis (29)

4.1.5.3. Datos patrón Respiratorio

El registro del patrón respiratorio proporciona información acerca de la intensidad del impulso inspiratorio central, mediante el flujo medio inspiratorio, y la duración de los distintos componentes del ciclo respiratorio.

- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno
- Modo ventilatorio
- Ventilación mecánica invasiva o no invasiva (29)
- Presión del CUFF

4.1.5.4. Datos Neurológica

La monitorización neurológica permanente se hace desde que el paciente entra a la consulta, el examinador debe tener una gran capacidad de observación.

El examen neurológico o exploración neurológica es sin lugar a duda la herramienta diagnóstica más importante en las neurociencias clínicas. Los propósitos que persigue la exploración neurológica son los siguientes: (30)

- Establecer si existe o no, una lesión o una alteración funcional en el sistema nervioso, tanto central como periférico.

Señalar cuál es la topografía de esta lesión o alteración funcional, es decir, en qué parte del sistema nervioso se encuentra la alteración (glasgow y reflejo pupilar).

4.1.5.5. Datos balance Hídrico

El cálculo del balance hídrico de los pacientes hospitalizados es una práctica habitual en las diferentes unidades de Enfermería, tomando mayor relevancia en unidades de cuidados especiales, donde los pacientes están sometidos a un control estricto de los líquidos aportados y eliminados para conseguir un objetivo terapéutico y/o evitar las complicaciones derivadas de un exceso o déficit de aporte de líquidos en cada paciente concreto. Además, debemos tener presente que cualquier valor del balance hídrico obtenido no es un valor matemático exacto, sino que es un valor aproximado, fruto de una estimación lo más completa posible (31).

Líquidos administrados

- Soluciones parenterales
- Dieta
- Hemoderivados
- Dilución de fármacos

Líquidos eliminados

- Diuresis
- Drenajes
- Deposiciones
- Sondas
- Vómitos
- Aspiración de secreciones

Balance hídrico parcial, total y acumulado, es la cuantificación parcial total o acumulada de líquidos administrados, eliminados y pérdidas insensibles (31).

4.1.5.6. Datos dosificación de medicamentos

Es el registro de los medicamentos administrados de acuerdo a la indicación médica.

4.1.4.3.7. Datos exámenes complementarios

Es el registro de resultados de los exámenes complementarios en las 24 horas.

4.1.5.8. Datos kardex de Enfermería

Es la transcripción de las indicaciones médicas y cuidados de Enfermería en los horarios establecidos y las modificaciones del tratamiento deben ser registradas.

4.1.5.9. Datos dispositivos de procedimientos invasivos

Fecha de instalación

- Catéteres
- Sondas
- Tubo Endotraqueal o traqueostomía
- Drenajes
- Marcapaso transitorio

Fecha de cambio o retiro

- Catéteres
- Sondas
- Tubo Endotraqueal o traqueostomía
- Drenajes
- Marcapaso transitorio (29).

4.1.6. Definición de seguridad

Hace referencia a la ausencia de riesgo o a la confianza en algo o en alguien. En términos generales, la seguridad se define como el estado de bienestar que el ser humano percibe y disfruta.

4.1.6.1. Seguridad de paciente

La seguridad del paciente se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (2).

La seguridad de los pacientes constituye un proceso complejo de implicancias subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales que interviene de manera multidimensional e interdependiente en la atención de la salud en cuanto ella está vinculada con la promoción y protección de la vida, los derechos fundamentales de las personas, la provisión de ambientes y prácticas de salud libres de amenazas y riesgos, y la mitigación de los daños producidos por el proceso de atención (31).

En las acciones de Enfermería para el mantenimiento de la seguridad del paciente, se evidencia que el compromiso profesional está implícito con el acto del cuidado, lo que demanda una formación de enfermeros con unas visiones científicas propias de la profesión, preocupados por el bien de la humanidad, capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo (32).

Objetivos de Seguridad del Paciente

- AUMENTAR la concienciación mundial sobre la elevada carga de daños debidos a errores de medicación y prácticas de medicación poco seguras, y ABOGAR por una acción urgente para mejorar la seguridad de la medicación.
- IMPLICAR a las principales partes interesadas y a los asociados en los esfuerzos por prevenir los errores de medicación y reducir los daños relacionados con la medicación.
- EMPODERAR a los pacientes y las familias para que se impliquen activamente en el uso seguro de los medicamentos.
- AMPLIAR la aplicación del Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: Medicación sin daño (2).

4.1.6.2. Metas internacionales de la seguridad del paciente

Este fue el inicio de las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, las cuales aplican tanto para los entornos hospitalario como ambulatorio.

- **Identificación del paciente.** Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
- **Comunicación Efectiva.** Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.

- **Seguridad en el proceso de medicación.** Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.
- **Seguridad en los procedimientos.** Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
- **Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).** Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.
- **Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.** Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.
- **Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.** Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.
- **Cultura de seguridad del paciente.** Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma

de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (2).

4.1.6.3. Factores asociados a la seguridad del paciente

La necesidad de controlar los factores asociados a la seguridad del paciente, los cuales van desde las características fisiológicas de los pacientes, la accesibilidad a los sistemas de salud, sobrecarga laboral del personal en salud, siendo este último el mayor causante de EA tipo omisión. Estos ocurren con demasiada frecuencia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) debido a las características especiales: calidad de la atención, diversidad de tareas realizadas y barreras de comunicación. El área existente lo hace un área de riesgo para el origen de la EA, por lo que la falta de seguridad del paciente (35).

Por lo tanto, la enfermera debe reconocer los riesgos del paciente desde el momento del ingreso, tomar medidas para la prevención y/o mantenimiento del funcionamiento de todos los sistemas lo más normal. Los eventos adversos generan gastos médicos y de hospitalización, pérdida de ingresos, discapacidad y problemas jurídicos y legales (35).

En cuanto a APACHE II y TISS score altos, indican una alta presión sobre el personal de Enfermería, este desbalance termina afectando la toma de decisiones con respecto al total de pacientes, ya que un alto número de pacientes complicados, no permite darle una adecuada supervisión e individualización del sujeto. La posibilidad de la no adhesión a guías por la cantidad de pacientes y los distintos tipos de pacientes, presentándose un aumento en los incidentes con los pacientes y que mayoritariamente son aplicación de medicamento a deshora, retraso en la toma de muestras para laboratorio entre otros (35).

4.1.6.4. Indicadores de seguridad del paciente

Son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, pueden deberse a problemas en las prácticas de cuidado, los insumos, los equipos o los procedimientos, todos ellos elementos de un sistema cuyo impacto se refleja en la salud de las personas (24).

Es una actividad planificada y sistemática que permite identificar situaciones que podrían mejorar.

Indicadores de seguimiento; con la identificación oportuna, se procederá a la monitorización de la calidad de atención que brinda Enfermería en el servicio de Terapia Intensiva.

Indicadores de análisis; se logra examinar y observar las actividades e intervenciones del profesional de Enfermería en el servicio de terapia intensiva, generando oportunidades de mejora del cuidado.

Indicadores de medición; es la elaboración de los indicadores de estructura, proceso y resultado, que va permitir monitorizar el comportamiento de la calidad y seguridad de los cuidados del profesional de Enfermería, a su vez evaluar el proceso de todas las atenciones brindadas (25).

4.1.6.5. Eventos adversos reportados en Unidades de Cuidados Intensivos

Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que acontezcan eventos o acontecimientos adversos(EA) que puedan ocasionar en los pacientes lesiones, discapacidades e incluso la muerte. Los EA generados por problemas relacionados con la falta de seguridad eran responsables de entre 44.000 y

98.000 muertes anuales con un coste atribuible en torno a los 26 billones de dólares y situó el EA como una de las principales causas de muerte. Por otro lado, los errores asistenciales erosionan la confianza de los Enfermos en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios, convirtiendo a estos últimos, sin lugar a dudas, en sus segundas víctimas (32).

Si sumamos la gravedad del paciente crítico la complejidad asistencial en un ambiente tecnológicamente muy avanzado, junto a las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, es entendible que estas unidades se consideren áreas de riesgo para la aparición de EA (32).

De acuerdo, con algunos estudios han evidenciado los incidentes reportados en unidades de cuidado crítico y que dan cuenta de disminución en la calidad de la atención en salud. Para Murillo, quien analizó reportes entre el año 2006 y 2013, con un total de 275 incidentes, de los cuales aproximadamente el 60% fueron eventos adversos, los cuales en su orden de incidencia se atribuyeron a la medicación, accesos vasculares, drenajes, sondas y sensores, aparatos y equipos, procedimientos, vía aérea y ventilación mecánica, cuidados de enfermería, comunicación interprofesional, pruebas diagnósticas, identificación del paciente y transfusión, donde el personal de enfermería y médico en su mayoría son quienes reportan estos eventos.

En Colombia se reporta que el 34% de los eventos adversos relacionado con los cuidados, seguidos de algunos procedimientos (19% manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica, 16% con el manejo de accesos vasculares y drenajes, 13% con infección nosocomial) finalmente el 11% con la administración de medicamentos, el 7% restante por las pruebas diagnósticas y equipos. Siendo el

94% de estos eventos prevenibles con la adhesión a protocolos, buena comunicación, formación y entrenamiento.

Los errores de administración incluyen los asociados con la dosis de infusión, dosis incorrectas u omitidas, hora de administración e incompatibilidades entre productos administrados por vía parenteral, entre otros (32).

El empleo de bombas de infusión inteligentes ha mejorado la precisión en la administración de fármacos en pacientes críticos. Estas bombas incluyen un software de seguridad que permite la creación de una biblioteca de fármacos, lo que hace posible la protocolización de los tratamientos de infusión. Además, permiten la programación de niveles de alarma con límites preestablecidos en relación con la dosis de los medicamentos (32).

El bundle específico del proyecto Bacteriemia Zero supone la implantación de 6 medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales:

- 1) higiene adecuada de manos
- 2) uso de clorhexidina en la preparación de la piel
- 3) uso de medidas de barrera total durante la inserción de los catéteres venosos centrales
- 4) preferencia de la vena subclavia como lugar de inserción
- 5) retirada de catéteres venosos centrales innecesarios
- 6) manejo higiénico de los catéteres (32).

La neumonía asociada a ventilación mecánica es la infección nosocomial con mayor tasa de incidencia de las UCI y está asociada a un aumento de morbimortalidad. Las medidas básicas de obligado cumplimiento son:

- 1) formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea
- 2) higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea
- 3) higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12- 0,2%)
- 4) control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm H₂O)
- 5) evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°
- 6) favorecer los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración
- 7) evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales (32).

Las UPP representan un problema de salud con un impacto significativo en la morbimortalidad de los pacientes y la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias. Los pacientes ingresados en las UCI tienen un riesgo especialmente elevado de desarrollar UPP, con una incidencia que oscila entre el 3,3% y el 52,9%²⁷⁻²⁸ y según el cuarto Estudio Nacional, la prevalencia media de UPP en las UCI fue del 18,5%²⁹. Estos pacientes generalmente no perciben el incremento presión tisular o no reaccionan ante el de manera adecuada debido a la sedación, analgesia y/o relajantes musculares. Además, la enfermedad de base y la inestabilidad hemodinámica incrementan el riesgo de UPP. Sin lugar a dudas, el mejor tratamiento para las UPP es su prevención. Los cuidados para la prevención de las UPP son complejos ya que pueden ser muchos los factores que predispongan al individuo a su desarrollo, factores que adquieren especial relevancia en el entorno de atención de los cuidados intensivos (32) (27).

Los objetivos generales que se persiguen son:

- 1) Identificar individuos que presenten riesgo de desarrollar UPP, así como valorar los factores predisponentes específicos que les originen el riesgo.
- 2) Mantener y mejorar la tolerancia de la piel a la presión

- 3) Proteger contra los efectos adversos de la presión y el cizallamiento
- 4) Contribuir a la reducción de la incidencia de UPP a través de estrategias educativas genéricas.

En base a lo anterior, se ha evidenciado la importancia de mejorar el formato de los registros clínicos de Enfermería. Utilizando el modelo de valoración de Enfermería los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon la cual permite obtener una importante cantidad de datos relevantes del paciente de manera ordenada y organizada y a su vez facilita el análisis, identificando factores de riesgo que comprometan la seguridad del paciente, y previniendo EA que se presentan en las unidades críticas (26).

4.1.6.6. Estándares de seguridad del paciente

La seguridad del paciente, es entendida como uno de los principales estándares para la calidad de la atención en salud. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la seguridad del paciente es uno de los principios fundamentales de la atención sanitaria, dado que en todos los procesos de la atención en salud existe un grado de peligrosidad propio del mismo, razón por la cual, el equipo de salud es esencial en el mejoramiento de este proceso por medio de la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, en donde se incluye el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, práctica clínica y del entorno en donde se presta la atención sanitaria (37).

El establecimiento de Estándares de seguridad del paciente se basa en estrategias fundamentales derivadas de 5 pilares:

1. Estandarización del Cuidado: La Dirección de Enfermería lidera una visión única y transversal en la forma de brindar la atención, basada en la estandarización de los cuidados, bajo estrictos protocolos de seguridad y calidad,

y la unificación de los aspectos técnicos en manuales que definen todos los procedimientos que competen a la profesión. Todas estas normas, manuales y protocolos son ampliamente difundidos para asegurar su conocimiento y cumplimiento mediante la publicación centralizada en la Intranet Institucional.

2. Seguridad en la Atención: Enfermería cumple con los más estrictos estándares de seguridad en la atención de pacientes basados en recomendaciones internacionalmente validadas. Se han desarrollado e implementado diversos protocolos que incluyen todos los ámbitos de seguridad en el cuidado de paciente.

3. Capacitación Continua: El arte del cuidado requiere del desarrollo de competencias generales y específicas, que la Dirección de Enfermería potencia mediante un programa formal de nivelación, capacitación y actualización continua.

4. Mejoría Continua de la Calidad: Un programa basado en una cultura de calidad, permite la detección precoz y el reporte de eventos o situaciones potenciales de perfeccionar. Mediante la investigación y análisis de casos se desarrollan programas de mejoría en una búsqueda permanente de la excelencia.

5. Eficiencia en la Asignación de Recursos: La aplicación de un protocolo de categorización de pacientes transversal en la Institución permite una adecuada gestión de los recursos de Enfermería, otorgando las coberturas adecuadas a los requerimientos de cuidados de los pacientes atendidos en cada área del hospital. Estos son los pilares fundamentales que soportan la estructura de los cuidados de enfermería general, dentro de la cual se enmarca la enfermería oncológica.

4.2. Marco jurídico

4.2.1. Normas para los registros

Los registros poseen ciertas características universales, que le permiten ser un medio de comunicación entre profesionales, y que debe reunir una serie de elementos para facilitar su comprensión, Según Ibarra (2006) la tardanza en anotar los datos puede llevar a omisiones y errores que más tarde pueden ser interpretados como de baja calidad. Así mismo el profesional no debe de fiarse de la memoria (7).

La norma Ecuatoriana plantea que los registros de Enfermería deben reflejar la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la misma. Hace referencia al registro como diligente con escritura legible, clara, sin tachones, enmendaduras el cual debe describirse cronológicamente la evolución del paciente las intervenciones con enfoque preventivo. Los tipos de evoluciones de enfermería en Ecuador son de narrativas y orientadas al problema (SOAPIE), con normas vigentes para la evolución de Enfermería deben ser; objetivos, precisos, legibles y organizados.

En Bolivia según el manual de procedimientos de Enfermería recomienda las observaciones percibidas por el personal de Enfermería responsable identificándolo con fecha y hora. En cuanto al manual de auditoria medica establecen que estos deben ser ordenados, pulcros, coherentes con letras legibles evitando presencia de añadidos, tachaduras o correcciones. Hace referencia en cuanto al reporte de Enfermería como claras y legibles, registradas en orden cronológico, dejar constancia del cumplimiento con la administración farmacológica y la tolerancia por el paciente, los fármacos deben ser controlados reportando la fecha de vencimiento.

La revista Nursing (en español), 1988 y 2002, Bergerson menciona que en una querrela por mala praxis los miembros del jurado suelen considerar los registros como prueba recomendando el uso de las normas de registro OPCO (objetivo, precisó, completo y oportuno) y afirma que con este método se le impide al demandante desacreditar el registro. Con el tiempo este agrónomo tubo modificaciones de las cuales se mencionan a continuación:

- **Objetividad:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Describir de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados (7).
- **Precisión y exactitud:** Deben ser claros legibles, puesto que los registros serán inútiles para los demás si estos no reflejan claridad. (3) Deben ser precisos, completos y fidedignos. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto. Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la Enfermera responsable. Anotar todo de lo que se informa, unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de Enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho” (7).

- **Legibilidad y claridad:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas. Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta. Anotaciones correctas ortográfica y gramática usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal

No utilizar líquidos correctores ni emborronar, corregir los errores tachando solamente con una línea para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la Enfermera responsable. Firma y categoría profesional legible, Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

Ej: L. Valentín ó LVM. No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas (7).

- **Simultaneidad;** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Evitando errores u omisiones. Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente. Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas (7).

Comunicación de los cuidados a otros miembros del equipo de salud; El mismo que debe comunicar, medidas necesarias para mantener el cuidado continuo y la coherencia de los cuidados (3).

Proporciona educación e Investigación; la frecuencia de trastornos clínicos, complicaciones, uso de tratamientos médicos específicos, recuperación, y muertes (3).

Proporciona información para auditoria; y una base para la evaluación de la calidad y la adecuación de los cuidados ofrecidos en una institución de salud (3).

Proporciona datos para identificar y apoyar diagnósticos (médicos, Enfermería) y planificar intervenciones adecuadas (1).

Proporciona una documentación legal, ya que una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del profesional de salud frente a cualquier pleito por alegación de mala práctica o negligencia. El profesional de salud tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada. Los propósitos de los registros están relacionados a los actos asistenciales, a la educación, a la investigación, y a las prácticas de índole éticas y legales (1).

4.2.2. Normas éticas y legales para los registros de Enfermería

El personal de Enfermería es sujeto de derecho y como tal, de responsabilidades e implicaciones de índole legal. Los registros escritos bien diseñados y redactados con precisión serán de valor estimable para un abogado defensor y proporcionarán pruebas ante los tribunales, ante una demanda (5).

La Historia Clínica es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud brindan al paciente. Documento legal aceptado en un juicio, ante demandas de “mala práctica” (7).

Las anotaciones en los registros deben ser precisas y correctas. Las anotaciones correctas consisten en hechos u observaciones en lugar de opiniones o interpretaciones. En forma análoga, cuando un paciente expresa su

preocupación sobre el diagnóstico o problema, esto debe reflejarse directamente en el registro, por ejemplo: “dijo: estoy preocupado por la pierna”. Cuando se describe algo, evitar palabras generales, como grande, bueno o normal, que pueden interpretarse de forma diferente. Por ejemplo, Expresar sus observaciones en términos cuantificables datos como “hematoma de 2 x3 cm” en lugar de “hematoma grande” Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto (3).

Cuando se realiza un registro erróneo, trazar una línea a través de él y escribir las letras registro erróneo por encima o a continuación del registro original, con sus iniciales o su nombre (dependiendo de las normas de la institución). No la borre, tape ni use líquido corrector (3).

Si aparece un espacio en blanco en la anotación, trazar una línea a través de él para que no pueda registrarse información adicional en ningún otro momento ni por otra persona y firmar en la anotación. Acabar cada frase con punto.

Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de Enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho” Se debe hacer constar fecha, hora, firma, sello, legible de la Enfermera responsable (3).

Cuando los registros son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de Enfermería es incapaz también de demostrar que se prestó una asistencia específica. No todos los datos que un profesional de Enfermería obtiene sobre un paciente pueden registrarse (3).

Recordar que los registros suelen verlo los jueces y abogados como la mejor prueba de lo que en realidad le ocurrió al paciente. Completar el registro usando, por ejemplo, el proceso de enfermería como marco. Es la mejor defensa contra la negligencia. Para obtener la mejor protección legal, el profesional de

Enfermería no sólo debe seguir los modelos profesionales de la asistencia de Enfermería, sino también las normas de la institución y los procedimientos para la intervención y registro en todas las situaciones, en especial en las de alto riesgo (3).

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta. Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. Para evitar malas interpretaciones, eliminar cualquier abreviatura que pueda resultar confusa.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” confirma de la enfermera responsable. Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.
- Actualizada y organizada. Las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta.
- Es importante obtener información siguiendo un formato u orden lógico.
- Registrar los acontecimientos en el orden en el que se produjeron; por ejemplo, registrar las valoraciones, después las intervenciones de enfermería y después la respuesta del paciente.

- Confidencial. La información sobre los pacientes debe ser confidencial, cuando los profesionales de enfermería tienen razones para utilizar los registros para obtener datos, para la investigación o educación no se rompe la confidencialidad, siempre que los registros se utilicen con el permiso respectivo de acuerdo a normas establecidas (1).

Los registros de Enfermería se deben realizar en base al Proceso Atención De Enfermería. Además, se debe considerar lo siguiente: (4)

Lo que el profesional ve, oye, siente y huele.

- No usar, bueno, adecuado, regular o malo; porque difiere la interpretación de persona a persona.
- Debe ser subjetiva; obtenida del interrogatorio.
- Debe ser fiable; es decir información exacta.
- No usar abreviaturas o símbolos dentro de los que están permitidos en salud.
- Usar ortografía correcta y letra legible; la ortografía correcta y la letra legible da exactitud al documento.
- Debe terminar el registro con la firma y sello, así como también con el registro profesional
- Debe ser actualizada corresponder al turno del día registrado.
- Debe ser confidencial, la información no debe ser revelada a otros clientes.
- Anotar con tinta azul para el turno de la mañana, tinta negra para la tarde, tinta roja para la noche.
- No usar borrador, líquido corrector u otra forma de borrar, porque es observado legalmente. Se debe tachar o poner en paréntesis no válido y firmar al costado en el caso de equivocación.
- No dejar espacio entre un registro y otro (2).

Principios Orientadores de la Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (J.C.A.H.O.). El objetivo de esta comisión es evaluar la calidad y seguridad de la atención de la salud.

Su habilidad de lograr un mejoramiento continuo de la calidad en todos los aspectos relacionados con el cuidado del paciente.

- Formular recomendaciones explícitas, respecto a las prácticas de orden clínico.
- Involucrar a todos los profesionales de todos los estamentos, en la iniciativa de la calidad.
- Proporcionar un reconocimiento externo de la calidad, de los servicios de las organizaciones de salud.
- Ser un agente clave de en el mejoramiento continuo de calidad (5).
- Evaluar en los centros prestadores de servicios de salud, su habilidad para garantizar un mejoramiento continuo de la calidad en todos los aspectos relacionados con el cuidado del cliente.
- Formular recomendaciones explícitas respecto a las prácticas de orden clínico (4).
- Involucrar a los profesionales de todos los estamentos en la iniciativa de la calidad.
- Proporcionar un reconocimiento externo de la calidad de los servicios de las organizaciones de salud.

4.3. Marco histórico

4.3.1 Historia de los registros de Enfermería

En 1784 la figura de Florence Nightingale, considerada como la creadora de la Enfermería moderna llevó a cabo una completa y extensa recogida de datos, es ahí donde podemos hablar de los Registros de Enfermería como tal (6). El primer plan de cuidados elaborado por ella, fue la observación del entorno (luz, higiene y otras), siendo la primera etapa de Valoración. Cuando se refería al lavado de manos relacionando con infecciones intrahospitalarias, se acercaba a lo que hoy hacemos las Enfermeras en la identificación de un patrón funcional para llegar a un diagnóstico de Enfermería, que iría de la mano con un plan de cuidados, siendo este el primer registro de Enfermería (14).

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 teóricos como Hildegart Peplau, Virginia Henderson y Vera Fray (6).

Desde ese momento, el proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la Enfermería. La American Nurses Association (ANA) utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de la profesión. Éste instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo predominante en la clínica en Enfermería desde hace veinticinco años (5).

El cambio de sistema de información ha englobado la implantación de la Historia Clínica Electrónica, haciendo especial mención a la informatización de los registros que realiza enfermería, esto ha supuesto una normalización documental que ha incluido la metodología de enfermería a través de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC (6).

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los registros de la hoja de monitoreo de las Unidades de Terapia Intensiva son esenciales en el desempeño de las actividades de las profesionales de Enfermería, es el medio por el cual se deja constancia de las actividades, realizadas durante el cuidado al paciente crítico, además posibilita el intercambio de información sobre los cuidados. El papel del profesional de Enfermería en el campo de la seguridad del paciente radica en “prevenir y reducir los riesgos, errores y daños” que pueden sufrir los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria (35).

Debido a la compleja de procedimientos tecnológicos o la alta demanda de pacientes críticos en centros hospitalarios, existe alto riesgo de producirse Eventos Adversos (EA), si bien no muy significativas las caídas, UPP, mal cálculo de balances hídricos o estenosis traqueal a consecuencia del CUFF, la OMS en el 2019 reporto que de 10 pacientes atendidos en centros hospitalarios uno presento complicaciones prevenibles (37).

En la mayoría de los países en Latino América hacen referencia a la seguridad del paciente como indicadores de calidad de atención en salud, además de ser un imperativo ético de las instituciones, son complicaciones que agravan la salud del paciente de manera negativa y son un alto costo para el sistema de salud.

La crisis sanitaria a rebelado las debilidades sanitarias en Bolivia y en mundo entero, la alta demanda de pacientes críticos y la sobre carga laboral no contribuye en el buen registro de la hoja de monitoreo dando lugar a malas interpretación o datos equivocados, el formato de las hojas de monitoreo debe expresar objetividad, precisión, claridad y organización al momento de ser reportado por Enfermería, por ello se propone una hoja de monitoreo en relación a la seguridad del paciente.

5.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles la calidad del registro de la hoja de monitoreo relacionado a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N1 Caja Nacional de Salud, gestión 2022?

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general:

Determinar la calidad del registro de la hoja de monitoreo relacionado a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N° 1, Caja Nacional de Salud, gestión 2022.

6.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características de registro de la hoja de monitoreo de la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Obrero N1, según la norma OPCCO (objetivo, preciso, claro, concreto, y organizado).
- Describir los eventos adversos reportados en la hoja de monitoreo la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Obrero N1, según las metas de seguridad del paciente.
- Relacionar la calidad del registro de la hoja de monitoreo la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Obrero N1, con la seguridad del paciente.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de una investigación observacional, según su asociación de variables es un estudio descriptivo y con enfoque cuantitativo, en relación al tiempo es un estudio retrospectivo, transversal.

7.1. Tipo de investigación

Paradigma de Investigación; positivista, Según Marce (2021), obedece a una estructura objetiva donde la cuantificación es imprescindible para la verificación de los resultados a través de la aceptación o rechazo de la hipótesis.

Porque la información proviene de lo observación, partiendo desde la determinación de los registros de la hoja de monitoreo relacionada a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva. Los datos son factibles de medición y conteo, para ello se operó con estadística inferencial para su análisis.

Enfoque de Investigación; cuantitativo, de acuerdo con Marce (2021), La investigación cuantitativa, utiliza la estadística como instrumento de medición.

A partir de la lógica empírico-deductiva, se utilizará métodos descriptivos y el uso de técnicas de recolección de datos estadísticos, con datos medibles en las que se empleó diferentes herramientas para su análisis.

a) Según la orientación temporal; retrospectiva, ya que Marce (2021) explica, que este tipo de investigación compara situaciones, eventos del pasado. Generalmente se utilizan en ciencias sociales (historia) y también en ciencias médicas (casos y controles). Se hará una recolección de datos mediante la revisión de hojas de monitoreo, de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva, durante el primer semestre de la gestión del 2022.

b) Según aprehensión en el tiempo; transversal, según Marce (2021), son investigaciones que se realiza en un momento determinado del presente, describe, explica y la problemática del objeto de estudio en la actualidad.

El estudio analiza variables recopiladas en un periodo de tiempo como el primer semestre del 2022.

Métodos de investigación; hipotético- deductivo; a través de la observación se planteó un problema, esto lleva a un proceso de formulación de hipótesis, para que a través de un razonamiento deductivo se intenta validar dicha hipótesis empíricamente.

Técnicas de Investigación; revisión de documentos, se tomará la información de registros de la hoja de monitoreo por medio de una lista de chequeo para su posterior análisis.

Instrumento; lista de chequeo, contiene 29 ítems a evaluar. Se revisará los registros de la hoja de monitoreo de la Unidad De Terapia Intensiva, durante el primer semestre del 2022, los mismos se emplearon bajo criterios de exclusión e inclusión.

7.2. Área de estudio

El presente estudio se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva, ubicado en la planta baja de Hospital Obrero N° 1, perteneciente a la Caja Nacional de Salud en la ciudad de La Paz Bolivia.

El Hospital Obrero N° 1 es un centro de tercer nivel de referencia nacional, dotado de la tecnología de punta, acorde a los adelantos en tecnología médica y de los avances científicos, donde son transferidos los pacientes que no son resueltos

en el segundo nivel y primer nivel de la institución de todas las regiones del país, que brinda atención a pacientes asegurados en las diferentes especialidades.

La Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1 cuenta con 8 camas equipadas; 8 ventiladores mecánicos, monitores multiparametricos y bombas de infusión en funcionamiento, si bien ya pasaron más de 60 años la infraestructura actualmente se encuentra deteriorada, se continúa brindando atención de todos los pacientes asegurados, con personal de enfermería y médicos calificados en todas las de especialidad.

7.3. Población y muestra

Población

Está compuesta por 114 hojas de monitoreo, registrados por el profesional de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N 1, CNS, primer semestre del 2022.

Muestra

Se tomarán 88 hojas de monitoreo registrados por el profesional de Enfermería de la unidad de terapia intensiva, Hospital Obrero N 1, CNS, primer semestre del 2022.

a) Tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{114 \times (1,96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0,05)^2 \times (114-1) + (1,96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 88,09$$

Los valores de Z_{α} más utilizados y sus niveles de confianza

Valor de Z_{α}	1.28	1.65	1.69	1.75	1.81	1.88	1.96
Nivel de confianza	80%	90%	91%	92%	93%	94%	95%

Esta porción de la totalidad se calculó con la fórmula finita y corroboró con la aplicación cálculo de muestreo de play store siendo una muestra representativa.

b) Selección de la muestra

-Muestreo probabilístico

Muestreo aleatorio estratificado, se elige las unidades que serán parte de la muestra se consideró los estratos para la selección, basándose en criterios de inclusión y exclusión y según los objetivos planteados.

$$\text{Cantidad de unidades por estrato} = (E \times M) / P$$

Enero	$(50 \times 88) / 114$	39
Febrero	$(20 \times 88) / 114$	15
Marzo	$(10 \times 88) / 114$	8
Abril	$(14 \times 88) / 114$	11
Mayo	$(15 \times 88) / 114$	11
Junio	$(5 \times 88) / 114$	4

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

7.4. Criterios de selección

Criterios De Inclusión

- Hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva.
- Hoja de monitoreo del primer semestre del 2022.
- Hoja de monitoreo que se encuentren en el área de archivo del H.O. N°1.

Criterios De Exclusión

- Hoja de monitoreo de otras Unidades diferentes a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N° 1.
- Hoja de monitoreo de gestiones diferentes al 2022.
- Hoja de monitoreo auditadas.

7.5. Variables

Variable Dependiente:

La seguridad del paciente crítico implica la ausencia de daños prevenibles durante el proceso de atención sanitaria, la omisión de los reportes sobre el cuidado Enfermero asistido, evidencian incumplimiento en la continuidad de los mismos.

Variable Independiente:

La calidad del registro de la hoja de monitoreo, evidencian los cuidados otorgados al paciente, a su vez, son un medio de comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de salud, la ilegibilidad de los mismos puede dar lugar a malas interpretaciones, ocasionando eventos adversos.

7.5.1. Operalización de variables

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALAL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Identificar las características de registro de la hoja de monitoreo de la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Obrero N1, según la norma OPCCO (objetivo, preciso, claro, concreto, y organizado).	OBJETIVIDAD	Expresa la realidad tal cual es, la objetividad está desligada de los sentimientos y de la afinidad que una persona pueda tener con respecto a otro individuo, objeto o situación.	Cuantitativo nominal	a) Cumple b) No Cumple	Lista de control
	PRECISIÓN	Precisión deriva del latín <i>praecisio</i> que indica algo que está bien cortado y delimitado.	Cuantitativo nominal	a) Cumple b) No Cumple	Lista de control
	CLARO	La legibilidad del registro, no se trata únicamente de la facilidad de leer sino de la certeza de descifrar. Ayudando a comprender la enunciación de una idea.	Cualitativo nominal	a) Cumple b) No Cumple	Lista de control
	CONCRETO	Detalla de forma concisa lo que resulta más sencillo entender su significado.	Cualitativo nominal	a) Cumple b) No Cumple	Lista de control
	ORGANIZADO	La organización permite obtener un registro ordenar y vertebrar la estructura adecuada de nuestro texto para lograr los fines que nos proponemos.	Cualitativo nominal	a) Cumple b) No Cumple	Lista de control

Describir los eventos adversos reportados en la hoja de monitoreo la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Obrero N1, según las metas de seguridad del paciente.	SEGURIDAD EN PROCESO DE MEDICACION	Es la certeza de que el medicamento es el adecuado, durante su estadía en el hospital.	Cualitativo nominal	a) Presente b) Ausente	Lista de control
	SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS	Procesos para realizar el control de riesgo potenciales del paciente.	Cualitativo nominal	a) Presente b) Ausente	Lista de control
	REDUCCION DE RIESGOS IAAS	Las infecciones asociadas a la atención en salud, IAAS, pueden disminuir, se estima que solo entre un 5% y un 8% de las infecciones sucederán, aunque se apliquen todos los protocolos de control y prevención.	Cualitativo nominal	a) Presente b) Ausente	Lista de control
	REDUCIR RIESGO DE CAIDAS	La evaluación del riesgo de caídas permite determinar la probabilidad de caerse.	Cualitativo nominal	a) Presente b) Ausente	Lista de control

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

7.6. Técnicas de recolección de datos

Técnicas

En base a las guías de observación, se tomó la información de los registros de la hoja de monitoreo a través del instrumento de recolección de datos para su análisis.

Instrumentos

En el presente estudio de investigación se aplicó la lista de chequeo, que ha servido al investigador para recolectar la información necesaria. Nos ha permitido situarnos de manera sistemática al objeto de estudio; contiene 27 ítems a evaluar su uso fue solo para revisar las hojas de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, del primer semestre del 2022, los mismos se emplearon bajo criterios de exclusión e inclusión.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para la validez del instrumento se contó con revisiones bibliográficas actualizadas, también se hizo las respectivas correcciones recomendadas por los especialistas en área de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, verificando la consistencia de las preguntas. Se realizó una prueba piloto, para verificar la efectividad del instrumento de recolección de datos.

Plan de análisis de datos

A la recolección de datos se realizó la valoración objetiva contrastando en una base de datos de forma minucioso para conocer las características del registro de la hoja de monitoreo, todo ello con apoyo de estadística inferencial y programas estadístico como el SPSS 23,32BITS.

7.7. Consideraciones éticas

Dando cumplimiento a las consideraciones éticas de la presente investigación, se solicitaron los permisos correspondientes al Jefe del departamento de terapia intensiva, orientadas al respeto por la dignidad humana, la garantía de guardar la privacidad, el respeto a su autonomía al aceptar o no en la participación de la investigación, el uso de datos con fines exclusivos para el proyecto. (Ver anexos) Asimismo, se cumplió con los siguientes principios éticos:

- **Autonomía:** Bajo este principio se tomó en cuenta a los registros de la hoja de monitoreo sin discriminación por ninguna razón, se los eligió al azar.
- **Beneficencia:** En este principio los resultados obtenidos contribuirán a futuros estudios.
- **No Maleficencia:** En este principio de no maleficencia, la participación en esta investigación no causará ningún daño o riesgo al paciente, personal de salud y/o familiares.
- **Justicia:** En este principio se garantizará un trato justo, equitativo y responsable durante la ejecución del procedimiento en el que participaran, la información obtenida será para fines exclusivamente científicos y anónimos.

VIII. RESULTADOS

8.1. En cuanto al primer objetivo específico se identificó las características del registro de la hoja de monitoreo, según la norma OPCCO (objetivo, preciso, claro, concreto, y organizado).

TABLA N° 1
REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO SEGUN LA NORMA OPCCO
POR OBJETIVIDAD, OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra los datos del paciente, N° historia clínica, N° cama, fecha de ingreso y egreso.	69	78,4	19	21,6	88	100
Registra la tolerancia de dietas por vía oral y gástrica.	11	12,5	77	87,5	88	100
Registra los efectos colaterales de los tratamientos administrados.	71	80,7	17	19,3	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

INTERPRETACION: La tabla N°1, muestra que el 78.4% cumple con el registro de datos del paciente, N° historia clínica, n° cama, fecha de ingreso y egreso y el 21,6% no lo cumple. En el ítem registro de tolerancia de dietas por vía oral y gástrica, los resultados muestran que un 87,5% no cumple con el reposte y el 12,5% si cumple. En relación al ítem de registros de efectos colaterales de tratamientos administrado el resultado muestra que el 80,7% si cumple, pero el 19% no cumple con dicho registro.

ANALISIS. - El registro de la hoja de monitoreo sin duba debe ser de forma objetiva lo que facilita un intercambio de información beneficiando al paciente y permitiendo la continuidad de los cuidados en relación a la manifestación de paciente, los resultados muestran que la mayoría del profesional de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva si registra las hojas de monitoreo según la

norma OPCCO por objetividad, cumpliéndose con la meta de identificación; propuesta por OMS.

TABLA N° 2
REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO SEGÚN LA NORMA OPCCO CON
RESPECTO A LA PRECISIÓN, OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra los signos vitales, nivel de conciencia, nivel de sedación y el nivel del dolor con exactitud.	85	96,6	3	3,4	88	100
Registra talla, peso, IMC y cálculo del balance acumulado.	4	4,5	84	85,5	88	100
Registra los parámetros de la ventilación mecánica y los modos ventilatorios.	88	100	-	-	88	100
Registra las características tubo Endotraqueal.	10	11,4	78	88,6	88	100
Registra la presión del Cuff, con exactitud.	5	5,7	83	94,3	88	100
Registra el tipo de extubación de forma precisa	22	25	66	75	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

INTERPRETACION: La tabla N°2, nos muestra que el registro de la hoja de monitoreo según la precisión es un 96,6% que, si cumple con el registro de signos vitales, nivel de conciencia, nivel de sedación y el nivel del dolor con exactitud y dentro del grupo que no cumple con este registro es 3,4%. En el ítem de registros de talla, peso, IMC y cálculo del balance acumulado el 85.5% no cumple según la norma y el 4,5% si cumple siendo un grupo minoritario. En relación al registro de las características tubo endotraqueal el 88,6% que es la mayoría no cumple con el llenado por completo y solo un 11,4% llega a cumplirlo. Con respecto al registro de la presión del Cuff el 94,3% no cumple con el reporte y el 5,7% que es la minoría si cumple con el registro de la hoja de monitoreo. El ítem registros del tipo de extubación de forma precisa, el 75% no cumple el reporte y solo el

25% lo reporta, destacando que el reporte con abreviaturas, símbolos y sistemas de medidas aceptables por la institución.

ANALISIS. - Los registros de la hoja de monitoreo deben ser precisos, completos y fidedignos cuyo hallazgo han de describirse de manera meticulosa, sin duda el registro de IMC o talla son imprescindibles para las programaciones del VM, lo llama la atención es que el 94,3% no registra la presión del cuff, el insuflado del manguito de TET previene MAVN, pero si este es hiper-insuflado puede llegar a ocasiona estenosis traqueal, la ausencia del registro 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.

TABLA N° 3
REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO SEGÚN LA NORMA OPCCO EN
BASE A LA CLARIDAD, OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra con buena construcción gramatical, lenguaje técnico y ortografía correcta.	65	73,9	23	26,1	88	100
El registro no tiene enmendaduras, borradores, o uso de correctores	34	38,6	54	61,4	88	100
Identifica el registro con sello y firma del personal a cargo	82	93,2	6	6,8	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

INTERPRETACION: La tabla N°3, muestra que un 73,9% si cumple con el registro en relación a la construcción gramatical, lenguaje técnico y ortografía correcta y un 26,1% no cumple con esta norma. En base al resultado del ítem registro sin enmendaduras, borradores, ni uso de correctores el 61,4% no cumple con la norma y dentro del grupo que cumple con el tipo de reporte solo es 38,6%. Lo que respecta con el ítem de identificación del registro con sello y firma del personal a cargo, muestra que el 93,2% si cumple con la norma y el 6,8% que es la minoría no cumple con esta variable, por lo tanto, se constataría que si hay cierta claridad en el registro de la hoja de monitoreo.

ANALISIS. - Los registros de la hoja de monitoreo deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para evaluar del tratamiento, evolución del paciente y son un canal de comunicación entre los profesionales de la salud, por lo que deben ser legibles en su contenido ya que pueden dar lugar a malas interpretaciones, poniendo el riesgo al paciente.

TABLA N° 4
REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO SEGÚN LA NORMA OPCCO;
CONCRETO, OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra los cuidados de enfermería como instalación SNG, SV, drenajes o curación de CVC/UPP, con fecha de inicio y N° de cambios.	30	34,1	58	65,9	88	100
Registra los procedimientos médicos como cirugías, Rx, tomografías o laboratorios.	60	68,2	28	31,8	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

INTERPRETACIÓN. – La tabla N°4, muestra que el ítem registros de cuidados de Enfermería: instalación SNG, SV, drenajes o curación de CVC/UPP, con fecha de inicio y N° de cambios, el 65,9% no cumple con esta variable, y el 34,1% que es la minoría si cumple con esta variable. En relación al ítem registro de procedimientos médicos: cirugías, Rx, tomografías o laboratorios el 68,2% si cumple con este reporte y un 31,8% no cumple con este registro, mostrándonos cierta falencia en detallar de forma concisa cada procedimiento médico.

ANALISIS. - Los registros de las hojas de monitoreo deben estar direccionadas en la precisión del reporte, ya que la extensión de la misma, toma más tiempo y se llega a obviar informaciones relevantes, tomando en cuenta que la precisión del reporte hace referencia a los datos más relevantes e indispensables que permiten dar continuidad al cuidado Enfermero.

TABLA N° 5
REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO SEGÚN LA NORMA OPCCO;
ORGANIZACION, OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra el reporte de enfermería en base a: cinco etapas (Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).	84	95,5	4	4,5	88	100
Identifica riesgo potenciales como caídas o úlceras por presión	71	80,7	17	19,3	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

INTERPRETACION: La tabla N°5, muestra que un 95% si cumple con el registro de la hoja de monitoreo en base las cinco etapas: (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) y dentro de este grupo un 4,5% no cumple con esta variable, en relación al ítem identificación de riesgos potenciales como caídas o úlceras por presión solo un 80,7% si cumple con esta variable y un 19,3% no cumple, por lo tanto, se constataría que el reporte de enfermería en su mayoría es organizado (céfalo-caudal) y simultaneo.

ANÁLISIS. - Es importante comunicar la información siguiendo un formato u orden lógico. Las notas desorganizadas no explican con claridad qué sucedió en primer lugar y pueden provocar confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada. La documentación acerca de la práctica de Enfermería es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad.

8.2. En cuanto al segundo objetivo específico planteado a continuación se describe los eventos adversos reportados en la hoja de monitoreo, según las metas de seguridad del paciente.

TABLA N° 6
INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTADOS EN LA
HOJA DE MONITOREO, DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

	AUSENTE		PRESENTE		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Errores de diagnóstico	88	100	-	-	88	100
Hemorragia por anticoagulación	88	100	-	-	88	100
Reacciones adversas a medicación (RAM)	88	100	-	-	88	100
Agravamiento de la función renal	81	92	7	8	88	100
Hematuria	88	100	-	-	88	100
Quemaduras	88	100	-	-	88	100
Estenosis traqueal	88	100	-	-	88	100
Enfisema torácico	88	100	-	-	88	100
NAVIM	76	86,4	12	13,6	88	100
Sepsis (48 horas de hospitalización)	78	88,6	10	11,4	88	100
Contusiones por caídas	86	97,7	2	2,3	88	100
Úlcera por presión	85	96,6	3	3,4	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

INTERPRETACION: La tabla N°6, muestra que el 8% de pacientes internados en las Unidades de Terapia Intensiva presento agravaciones renales, con respecto al ítem sepsis dentro de las 48 horas de internación solo un 11,4% si desarrollo esta complicación. Según el ítem NAVM el 13,6% de pacientes han reportado este tipo de suceso. Los resultados también mostraron que el 2,3% de pacientes internados en la UTI presentó contusiones por caídas. Con relación al ítem a las úlceras por presión solo un 3,4% han reportado este evento adverso.

ANÁLISIS. - En promedio, 1 de cada 10 hospitalizaciones desarrolla algún tipo de evento adverso relacionada a la asistencia sanitaria, muchos eventos adversos son prevenibles.

8.3. Con respecto al tercer objetivo específico planteado se relacionó la calidad del registro de la hoja de monitoreo con la seguridad del paciente.

TABLA N° 7
REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO EN RELACION CON LA NAVM
COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

		NAVM					
		AUSENTE		PRESENTE		TOTAL	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Registra la presión del cuff, con exactitud.	C	5	5,7	-	-	88	100
	NC	71	80,7	12	13,6		
	total	76	86	12	14		

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,837 ^a	1	,360		
Corrección de continuidad	,060	1	,807		
Razón de verosimilitud	1,513	1	,219		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,472
N de casos válidos	88				

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

Según la tabla 7 de la prueba de chi cuadrado el recuento es menor a 5, por ello se observa la prueba exacta de Fisher donde la significancia exacta (bilateral) es de $1,000 > 0,05$, por lo tanto, las variables son independientes.

INTERPRETACION: La tabla N°7, muestra que el 14% de pacientes desarrollo algún tipo de NAVM de los cuales el 13,6% no registra la presión del cuff y en relación al grupo que no desarrollo NAVM el 80,7% no cumple con el registro y solo un 5,7% si cumple con el registro.

ANALISIS. - Una de las principales medidas de prevención de la NAVM es el insuflado del manguito del tubo Endotraqueal y la falta de registro de las mismas producen un incumplimiento en la seguridad del paciente, sin dula la importancia de la misma también contribuye a la prevención de Estenosis traqueal, ya que la hiperinsuflación de la misma tienden a causar presión sobre la mucosa traqueal, ocasionando una disminución de la irrigación o produciendo necrosis tisular, el reporte de las mismas contribuyen en las investigaciones futuras.

TABLA N° 8
REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO EN RELACION CON LA SEPSIS
(48 HRS DE HOSPITALIZACIÓN) COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO
N°1 GESTIÓN 2022

		SEPSIS (48 HRS DE HOSPITALIZACIÓN)					
		NO		SI		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
REGISTRA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO INSTALACIÓN SNG, SV, DRENAJES O CURACIÓN DE CVC/UPP, CON FECHA DE INICIO Y N° DE CAMBIOS.	C	30	34,1	-	-	30	34,1
	NC	48	54,5	10	11,4	58	65,9
	Total	78	88,6	10	11,4	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,836	1	,016		
Corrección de continuidad ^b	4,249	1	,039		
Razón de verosimilitud	8,989	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,014	,012
N de casos válidos	88				

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

Según la tabla 8 de la prueba de chi cuadrado, el recuento es menor a 5, por ello se observa la prueba exacta de Fisher donde la significancia exacta (bilateral) es de $0,014 < 0,05$ por lo tanto, las variables son dependientes.

INTERPRETACION: La tabla N°8, muestra que un 11,4% de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva si desarrollo algún tipo de sepsis durante las primeras 48 horas de hospitalización de los cuales no cumplen con el registro de los cuidados de Enfermería como instalación SNG, SV, drenajes o curación de CVC/UPP, con fecha de inicio o n° de cambios.

ANALISIS. - Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAs) son un problema importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan, el registro detallado, claro y conciso contribuye en la continuidad de los cuidados de catéteres, drenajes o sondas, si bien los resultado no son alarmantes, el empleo de este escalas científico en la hoja de monitoreo deben ser visibles y accesibles ya que constituye un medio eficaz para mejorar la adhesión en la práctica por parte de los profesionales de Enfermería responsables de la seguridad y cuidados al paciente en estado crítico.

TABLA N° 9
REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO EN RELACION CON EL
AGRAVAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL COMO INDICADOR DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA,
HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

		AGRAVAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL					
		NO		SI		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
REGISTRA LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS.	C	67	76,1	4	4,5	71	80,7
	NC	14	16	3	3,4	17	19,3
	Total	81	92	7	7,9	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,704 ^a	1	,100		
Corrección de continuidad ^b	1,312	1	,252		
Razón de verosimilitud	2,242	1	,134		
Prueba exacta de Fisher				,128	,128
N de casos válidos	88				

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

Según la tabla 9 de la prueba de chi cuadrado, el recuento es menor a 5, por ello se observa la prueba exacta de Fisher donde la significancia exacta (bilateral) es de $0,128 > 0,05$, por lo tanto, las variables son independientes.

INTERPRETACION: La tabla N°9, muestra que un 7,9% si desarrollo agravamientos de la función renal de los cuales 4,5% si cumple con el registro de los efectos colaterales de tratamientos administrados y solo un 3,4% no cumplen con dicho registro, en relación con la meta de seguridad del paciente, no se evidencio casos de RAM reportados. En relación al 92% que no presento agravación renal el 76,1% si cumple con el registro de los efectos colaterales del tratamiento y 16% no cumplió con el reporte.

ANALISIS. - Los errores de medicación son una de los principales eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, el proceso de medicación que lleva acabo el profesional de Enfermería consta de los 5 correcto y los 4 yo (yo registro y yo me responsabilizo), la importancia del ajuste de dosis (dosis /kg peso), la notificación de RAM y sin duda el registro de dosis administrado, son imprescindible para prevenir este tipo de eventos.

TABLA N°10
REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO EN RELACION CON LA
ÚLCERA POR PRESIÓN COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO
N°1 GESTIÓN 2022

		ÚLCERA POR PRESIÓN					
		NO		SI		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
IDENTIFICA RIESGO POTENCIALES COMO CAÍDAS O ULCERAS POR PRESIÓN	C	70	79,5	1	1,1	71	80,7
	NC	15	17	2	2,3	17	19,3
	Total	85	96,6	3	3,4	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,467	1	,035		
Corrección de continuidad	1,876	1	,171		
Razón de verosimilitud	3,343	1	,068		
Prueba exacta de Fisher				,094	,094
N de casos válidos	88				

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

Según la tabla 10 de la prueba de chi cuadrado, el recuento es menor a 5, por ello se observa la prueba exacta de Fisher donde la significancia exacta (bilateral) es de $0,094 > 0,05$, por lo tanto, las variables son independientes.

INTERPRETACION: La tabla N°10, muestra que el 3,4% de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva desarrollo algún tipo de UPP de este mismo grupo el 1.1% si cumple con el registro correcto de la hoja de monitoreo y el 2,3% no cumple. En relación al 96,6% que no presento UPP, se encontró que un 79,5% si cumple con el registro y el 17% no lo reporta.

ANALISIS. - La UPP es uno de los indicadores de seguridad de paciente concurrentes en áreas críticas como las UCIs, debido a la complejidad del paciente, la identificación de factores de riesgo como: edad, estado nutricional, comorbilidad y movilidad, con imprescindibles para su prevención si se reconocen a tiempo, por ello el buen registro de la hoja de monitoreo contribuye en la continuidad del cuidado y en la comunicación con el equipo de salud.

TABLA N°11
REGISTROS DE LA HOJA DE MONITOREO EN RELACIONADO CON
CAIDAS COMO INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N°1 GESTIÓN 2022

		CONTUSIONES POR CAÍDAS					
		NO		SI		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
IDENTIFICA RIESGO POTENCIALES COMO CAÍDAS O ULCERAS POR PRESIÓN	C	69	78,4	2	2,3	71	80,7
	NC	17	19,3	-	-	17	19,3
	Total	86	97,7	2	2,3	88	100

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,490 ^a	1	,484		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,870	1	,351		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,649
N de casos válidos	88				

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022

Según la tabla 11 de la prueba de chi cuadrado, el recuento es menor a 5, por ello se observa la prueba exacta de Fisher donde la significancia exacta (bilateral) es de 1,000 > 0,05, por lo tanto, variables son independientes.

INTERPRETACION: La tabla N°11, muestra que el 97,7% de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva no presento ningún tipo de caídas, dentro del mismo grupo el 78,4% si cumple con el registro y el 19,3% no cumple. En relación con el 2,3% de contusiones por caídas reportados, solo el 2,3% si cumplen con el registro correcto de los riesgos potenciales.

ANALISIS. - Las caídas son uno de los indicadores de seguridad de paciente más comunes en áreas críticas como las Unidades de Terapia Intensiva, la identificación de factores de riesgo, con imprescindibles para su prevención si se reconocen a tiempo, por ello el buen registro de la hoja de monitoreo contribuye en la continuidad del cuidado y en la comunicación con el equipo de salud. El profesional de Enfermería que cumple con los registros de la hoja de monitoreo, reconoce los riesgos potenciales y los reporta para vigilar y documenta los eventos adversos, para hacer seguimientos y evaluación del cuidado Enfermero.

X. DISCUSION

A continuación, se presenta la discusión del presente estudio donde se realiza la comparación de los resultados encontrados con los resultados de investigaciones similares a antecedentes y el Marco Teórico.

En la tabla N°1, en relación con el ítem registro de tolerancia de dietas por vía oral y gástrica, los resultados muestran que un 87,5% no cumple con el registro según las normas, poniendo en duda la calidad del registro y por ende la calidad del cuidados enfermero, si bien existen factores que contribuyen, para L. y Arcaya M. (2016) en Perú determino que el formato de registro sistematizado integral de Enfermería en la UCI no es acorde a las necesidades del servicio, los resultados muestran que el 47%, del profesional de Enfermería opina que el formato del registro es medianamente favorable, por lo que concluyó que el actual formato utilizado no consigna espacios para formular diagnósticos de Enfermería, planificar y evaluar los cuidados (9).

Con respecto a los resultados en la tabla tabla N°2 nos muestra que el registro de la hoja de monitoreo según el ítem de registros de talla, peso, IMC y cálculo del balance acumulado el 85.5% no cumple según la norma. Los registros de la hoja de monitoreo deben ser precisos, completos y fidedignos cuyo hallazgo han de describirse de manera meticulosa, sin duda el registro de IMC o talla son imprescindibles para las programaciones del VM, También Escobar y Condori (2019) nos muestran un estudio realizado en Bolivia donde determino el nivel de calidad de los registros en las hojas de Enfermería, cuyo resultados muestran que el 98,7% no reporta los datos suficientes del cliente y no se encuentran registrados de acuerdo a la norma todo esto a consecuencia del formato de hoja de registros no acorde al servicio ni sus necesidades (35).

En relación al registro de las características tubo endotraqueal el 88,6% que es la mayoría no cumple con el llenado por completo, con respecto al registro de la presión del Cuff el 94,3% no cumple con el insuflado del manguito de TET previene MAVN, pero si este es hiper-insuflado puede llegar a ocasiona estenosis traqueal, la ausencia del registro 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. En un estudio realizado en Perú por Chacón mostro que los profesionales de enfermería no realizan el formato SOAPIE por falta de tiempo (8).

El ítem registros del tipo de extubación de forma precisa, el 75% no cumple el reporte se observó que el reporte con abreviaturas, símbolos y sistemas encontrados en las hojas de monitoreo son aceptables por la institución. El proceso de registro se encuentra regulado por estatutos que buscan asegurar la seguridad del paciente. En la República Argentina, el capítulo IV de la Ley 26 529 del 2009, Ley de Derechos del Paciente, establece aspectos referidos a la estructura del registro de la Historia Clínica (HC) que abarcan los datos que deben asentarse y otros aspectos legales como la integridad las sanciones que corresponden a quien incumpla las obligaciones de la legislación (40).

En cuanto a la tabla N°3, en base al resultado obtenidos en el ítem registro sin enmendaduras, borrones, ni uso de correctores el 61,4% no cumple con la norma, mostrando la calidad del registro, la revista española reporta un caso de negligencia médica, donde la evidencia presentada por el demandante fueron los registros médicos, así que se exhorto al profesional en salud en utilizar las normas OPCCO como referencia a la hora de evolucionar los expedientes clínicos y evitar querellas. La norma boliviana según el manual de auditorías, hacen referencia a las siglas OPCO, y los registros con borrones y tachaduras ya que serían poco confiables (26).

Deheza G. y Cortes J. (2018) en Bolivia evaluó la calidad de la Hoja de Registro de Enfermería en su Estructura y contenido, según el Proceso Enfermero y SOAPIE. Los resultados sobre la dimensión estructura fueron que: el 7.2% registró el peso, el 74.1% presentó enmendaduras, el 40.0% usaba corrector, el 57.3% tenía letra legible, el 100.0% dejaba líneas o espacios en blanco, el 17.3% colocaba sello, el 26.4% respetaba el formato, el 48.6% presentaba orden y el 97.7% del personal de enfermería no registraba datos subjetivos, diagnóstico de enfermería, planeamiento, ejecución y evaluación. Por lo que se propuso la reestructuración de la Hoja de Registro de Enfermería tomando en cuenta el proceso Enfermero con el modelo SOAPIE. (5)

La tabla N°4, muestra que el ítem registros de cuidados de Enfermería: instalación SNG, SV, drenajes o curación de CVC/UPP, con fecha de inicio y N° de cambios, el 65,9% no cumple con esta variable, en cuanto el manual de procedimientos de enfermería en Bolivia establece que los cuidados o curaciones son responsabilidad del profesional de enfermería bajo supervisión, una de las metas de seguridad del paciente son la de disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud, es por eso que la OMS concientiza en crear programas como los bundles (38).

La tabla N°6, muestra que el 8% de pacientes internados en las Unidades de Terapia Intensiva presento agravaciones renales, con respecto al ítem sepsis dentro de las 48 horas de internación solo un 11,4% si desarrollo esta complicación. Según el ítem NAVM el 13,6% de pacientes han reportado este tipo de suceso. Los resultados también mostraron que el 2,3% de pacientes internados en la UTI presentó contusiones por caídas. Con relación al ítem a las úlceras por presión solo un 3,4% han reportado este evento adverso. Zárate R.,

Olvera S., Hernández A. y colaboradores (2015) México determino la ocurrencia de los EA en las áreas de cuidados intensivos y conocer los factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema que están presentes en la aparición de un EA, así como su evitabilidad y gravedad, los EA relacionados con el cuidado fueron los más frecuentes con un 29.9%. En el 51% estuvieron relacionados con invalidez temporal. En un 75% de los casos se pudieron evitar. Sobresalen los factores del sistema con un 98%. (24)

XI. CONCLUSIONES:

Dando respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación se concluye:

En cuanto a la identificación de los registros de la hoja de monitoreo según la norma OPCCO, en relación a su objetividad muestra el 87.5% no cumple con el registro de datos del paciente, n° historia clínica, n° cama, fecha de ingreso y egreso, constatando que no se respeta el formato de la hoja de monitoreo.

En el registro de la hoja de monitoreo según la precisión y exactitud se encontró que el 3,4% reporta con enmendaduras, borrones o usa correctores. En el ítem de registros de talla, peso, IMC y calcula el balance acumulado, el 85.5% no cumple con dicha norma, si reportan usando abreviaturas, símbolos y sistemas de medidas aceptables por la institución. En relación al ítem de registros de cuidados de enfermería como instalación SNG, SV, drenajes o curación de CVC/UPP, con fecha de inicio y N° de cambios el 65,9% no cumple con esta variable, mostrándonos que existiría cierta falencia en detallar de forma concisa cada procedimiento médico.

Por otro lado, el segundo objetivo específico verifica los registros de la hoja de monitoreo en relación a indicadores de seguridad del paciente, muestran que el 8% de pacientes internados en las Unidades de Terapia Intensiva desarrolla algún tipo de agravación renal. Según el ítem NAVM el 13,6% de pacientes se diagnosticaron con esta patología. Con relación a la sepsis (48 horas de hospitalización) se reportan 11,4% casos. En relación al ítem de contusión por caídas se reportaron 2,3%.

En cuanto al tercer objetivo se logró concluir que la relación es intrínseca debido a que no se observó calidad medianamente favorable debido al omitir eventos adversos con las extubaciones, concluyéndose que se debe concientizar al

profesional sobre las notificaciones de estas por bienestar de los pacientes. Se logró descubrir que la mayoría no controla la presión del CUFF lo que daría lugar al desarrollo de NAVM, siendo esta última, por ello la importancia del registro CUFF. En relación al ítem registro de los riesgos potenciales como caídas o úlceras por presión, el 81% si cumple con el reporte, se encontró que un 2,2% de pacientes con algún tipo de contusión y desarrollan algún tipo de UPP.

Proponer una hoja de monitoreo relacionada a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N 1, Caja Nacional de Salud, primer semestre 2022. El formato de la hoja de registros de enfermería en base a la norma OPCCO en relación a la seguridad del paciente, con el fin de fortalecer las anotaciones de enfermería es que se desarrolló esta propuesta que permita mejorar este aspecto tan importante.

XI. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se originan de la presente investigación son las siguientes: Se sugiere a siguientes investigaciones

-Se recomienda al Hospital Obrero N 1 de la ciudad de La Paz, brindar oportunidades a los profesionales de enfermería para que puedan realizar investigaciones, puesto que es importante que la institución fomente el desarrollo de estudios, con el fin de fortalecer los procedimientos y todas las áreas que involucren el cuidado del paciente con calidad.

-Se recomienda a la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Registrar en las hojas de monitoreo las observaciones realizadas en el paciente cumpliendo estándares que favorezcan la eficacia del cuidado en los pacientes internados.

Se recomienda mejorar el registro de enfermería, porque se constató que existen algunas debilidades al realizar el registro de la información referente a los pacientes. asimismo, se recomienda fortalecer sus conocimientos respecto al registro de enfermería.

-Se sugiere al personal de enfermería se encuentre en constante actualización y capacitación sobre los procesos de enfermería y la aplicación de Modelos y aspectos legales sobre los registros Enfermería, con enfoques en la cultura de seguridad del paciente.

-Se recomienda aplicar la nueva hoja de registro de enfermería reestructurada, para mejorar la calidad de los registros de enfermería, puesto que la nueva hoja está actualizada con indicadores de calidad que van a evidenciar las actividades del personal de enfermería y va a facilitar el registro de la valoración de enfermería y los diagnósticos, mediante una lista de chequeo, ahorrando el tiempo en su llenado y obteniéndose así un documento de respaldo ético, legal con calidad de información adecuado a las necesidades de esta Unidad.

-Se recomienda continuar con estudios en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos porque todos los aportes permiten la mejora de la unidad. Continuar con estudios posteriores que identifiquen otro tipo de problemas en el llenado de las hojas de registro de enfermería.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Mancilla E., Registro sobre cuidados de enfermería durante el post operatorio inmediato en Unidad de Cuidados Post anestésicos, Hospital del Norte, segundo semestre gestión 2020, Repertorio posgrado UMSA, Bolivia, 2021.
2. Rocco C. y Garrido A., seguridad del paciente y cultura de seguridad, Rev. Med. Clin. Conde, Chile, 2017.
3. Escobar N., Calidad de registro de la hoja de Enfermería en la Unidad de Cuidados Post anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología gestión 2017-2018, Repertorio posgrado UMSA, Bolivia, 2019.
4. Deheza G., Calidad de la hoja registro de Enfermería según el proceso enfermero y SOAPIE, Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Arco Iris, gestiones 2015-2017, Repertorio posgrado UMSA, Bolivia, 2018.
5. Martin M., Seguridad del paciente en Medicina Intensiva. Revista de bioética y derecho, Barcelona, 2020.
6. Quevedo G., evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. Hospital Regional Lambayeque 2015, Univ. Católica Snto Tobidío, Peru, 2015.
7. Apaza W., 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, Repertorio posgrado UMSA, Bolivia, 2022.
8. Cordova R., Factores personales asociados a la calidad del reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de cardiopediatría, INCOR ESSALUD, Lima 2016, Univ. Cesar Vallejo, Peru, 2017.
9. Chacon M., Factores relacionados con la calidad de los reportes de enfermería, Hospital San Vicente de Paúl. Ibarra 2018, Repertorio digital, Ecuador, 2019.

- 10.** Chacon S., Calidad de los reportes de Enfermería basados en el método SOAPIE en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Yaruqui, 2018, Repertorio digital, Ecuador, 2019.
- 11.** Salas L., Opinión de las Enfermeras sobre el formato de registro sistematizado integral de Enfermería en la UCI de la Clínica Internacional Sede Lima – 2015, Universidad del Peru, Peru, 2016.
- 12.** Mestanza S., Calidad del reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Instituto de Salud de Lima, 2020, Universidad Union, Peru, 2020.
- 13.** Pariona S., Cumplimiento del reporte de Enfermería según la técnica SBAR en la Unidad de Cuidados Intensivos quemados de un instituto especializado Lima, 2019, Peru, 2019.
- 14.** Carrasco E., Factores que influyen en la calidad de los registros de Enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra-2017, Univ. Norte, Ecuador, 2017.
- 15.** Vargas R., Factores que inciden en la aplicación del proceso Enfermero en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas gestión 2015 – 2016, Repertorio UMSA, Bolivia, 2017.
- 16.** Chambilla M., Cumplimiento del registro de Enfermería en la Unidad de Ginecología, Hospital Materno Infantil, Caja Nacional de Salud La Paz, primer trimestre – 2020, Repertorio posgrado UMSA, Bolivia, 2021.
- 17.** Guato P., Influencia de la aplicación del formato SOAPIE de los registros de Enfermería y su relación con los aspectos ético legales, Univ. Ambato, Univ. Decana, Ecuador, 2018.

- 18.** Coaquira R., Aplicación del método SOAPIE y calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III es Salud, Juliaca 2019, Univ Union, Peru, 2019. (15)
- 19.** Quispe E., Calidad de las notas de Enfermería en la Unidad de tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016. 2017,
- 20.** Rios L. Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de Enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacocha- Pucallpa, julio – diciembre 2017, Repertorio Digital, Peru 2018.
- 21.** Zárate R., Factores relacionados con eventos adversos reportados por Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos, Revista Elsevier, 2015.
- 22.** López J., Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de Enfermería, Revista electronica, Mexico, 2015.
- 23.** Ruíz E. y Dominguez V., La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico, Revista conamed, Mexico, 2017.
- 24.** Huayhua M. y Rodriguez S., factores asociados a la calidad del SOAPIE en el area asistencial de Enfermería del Hospital Luis Negreiros Vega, Callao – 2018, Univ. Norbert Wiener, Peru, 2019.
- 25.** Guerra M. y Campos B., Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad, Revista Elsevier, España; 2017.
- 26.** Vaca A., Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura, Ecuador, 2016
- 27.** Rodas M., Intervenciones del profesional de Enfermería para la seguridad del paciente, en los servicios de Emergencia Lima, Univ. Cayetano Heredia, Peru, 2019.

- 28.** Cuevas M., Gonzales B., Alvares E. y Barrera M., Diseño y validación de un nuevo registro clínico de Enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis , Revista Sielo,Mexico, 2019.
- 29.** Castro G., Lozano M. y Vintimilla E., Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de Medicina Interna del Hospital provincial general de segundo nivel Quito-Ecuador, Revista de produccion, Ciencias e investigacion, Ecuador, 2020.
- 30.** Casasola M., Proyecto de seguridad del paciente traqueotomizado procedente de una unidad de cuidados críticos, 2017, España, 2018.
- 31.** Ferreira V. y Serrano m., Registro de pacientes, una herramienta básicos para la investigación, Hospital Materno Infantil de Barcelona, Portugal; 2015.
- 32.** Min. Salud y Deportes, Guía de procedimientos en Unidad de Terapia Intensiva, INASES, Bolivia, 2001.
- 33.** Apaza V., Registro de cuidados intensivos Enfermero con taxonomías NANDA NIC NOC Unidad de Terapia Intensiva Adultos, Clínica CEMES, La Paz, Bolivia, tercer trimestre 2020, Repertorio UMSA, Bolivia, 2021.
- 34.** Min. Salud Publica, Norma tecnica de seguridad del paciente, Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador, 2015.
- 35.** Bautista L., Registros de Enfermería, Revista Ciencia y Cuidad, Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia, 2015
- 36.** Gonzales M. y López L., Seguridad y calidad en la atención del paciente crítico, Revista Elsevier, España, 2017.
- 37.** López J., La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo, Revista Nure investigación, México, 2018.

38. Acendra J., Barraza D., Evaluación de los factores asociados a la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Venezuela, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 40, núm. 9, 2021.
39. Cuello S., La seguridad del paciente como estándar de calidad de la atención del paciente, relacionado con la ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención en salud, en unidades de cuidado crítico en países latinoamericanos, 2017 – 2020, Córdoba 2021.

XIII. ANEXO:

ANEXO N°1 LISTA DE CHEQUEO

N°

REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO EN RELACION A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N° 1, CAJA NACIONAL DE SALUD, PRIMER SEMESTRE DEL 2022.

El presente estudio tiene como propósito: Determinar el registro de la hoja de monitoreo en relación a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N° 1, Caja Nacional de Salud, primer semestre del 2022.

Nota: cumple(C), no cumple (NC)

FECHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**N° SEGURO:**.....

NORMA OPCCO		I. LEGIBILIDAD DEL REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	C	NC
1	OBJETIVIDAD (respeta el formato de la hoja)	Registra los datos del paciente, N° historia clínica, N° cama, fecha de ingreso y egreso.		
2		Registra la tolerancia de dietas por vía oral y gástrica.		
3		Registra los efectos colaterales de los tratamientos administrados.		
4	PRECISIÓN (usa abreviaturas, símbolos y sistemas de medidas aceptables por la institución)	Registra los signos vitales, nivel de conciencia, nivel de sedación y el nivel del dolor con exactitud.		
5		Registra talla, peso, IMC y calcula el balance acumulado.		
6		Registra los parámetros de la ventilación mecánica y los modos ventilatorios.		
7		Registra las características tubo Endotraqueal.		
8		Registra la presión del CUFF, con exactitud.		
9		Registra el tipo de extubación de forma precisa		
10	CLARO	Registra con buena construcción gramatical, lenguaje técnico y ortografía correcta.		
11		El registro no tiene enmendaduras, borrones, o uso de correctores		
12		Identifica el registro con sello y firma del personal a cargo		
13	CONCRETO (detalla de forma concisa)	Registra los cuidados de enfermería como instalación SNG, SV, drenajes o curación de CVC/UPP, con fecha de inicio y N° de cambios.		
14		Registra los procedimientos médicos como cirugías, Rx, tomografías o laboratorios.		
15	ORGANIZADO (el registro es organizado cefalo-caudal)	Registra el reporte de enfermería en base a: cinco etapas (Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).		
16		Identifica riesgos potenciales como caídas o úlceras por presión		

Nota: presente (P), ausente (A)

II. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
	META DE SEGURIDAD	EVENTOS ADVERSOS	P	A
18	Identificación del paciente	-Errores de diagnostico		
19	Seguridad en proceso de medicación	-Hemorragia por anticoagulación		
20		-Reacciones adversas a medicación		
21		-Agravamiento de la función renal		
22	Seguridad en los procedimientos	-Hematuria		
23		-Quemaduras		
24		-Estenosis traqueal		
25		-Enfisema torácico		
26	Reducción de riesgos IAAS	-NAVIM		
27		-Sepsis (48 horas de hospitalización)		
28	Reducir riesgo de caídas	-Contusiones por caídas		
29	Registro de eventos adversos.	-Úlcera por presión		

ANEXO N° 2

VALIDACIONES DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA

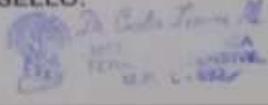


FORMULACION PARA LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

OBJETIVO: Determinar el registro de la hoja de monitoreo asociada a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N° 1, Caja Nacional de Salud, 1° y 2° trimestre del 2022

I T E M	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES	
	Claridad en la redacción		Son precisas las preguntas		Lenguaje Adecuado Con el nivel del informante		Mide lo que pretende		Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	¿que opodos ademas?
4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
7	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
8	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
9	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
11	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
12	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
13	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
14	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
15	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
16	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
17	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
18	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
19	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
20	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	no entendible recibir pregunta
21	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
22	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	¿que reacciones ademas?
23	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
24	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
26	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
27	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	No medible en tiempo
28	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
29	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
30	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
31	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
32	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
33	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	No en todos los Pcs Especificar
34	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
35	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
36	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Tiempo de estudio



ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		/		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		/		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		/		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo		/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa sugiera los ítems a añadir		/		
APLICABLE	NO APLICABLE	ATENDIO LAS OBSERVACIONES		
NOMBRE: <i>Cordia Luján C</i>	FIRMA: <i>[Firma]</i>	SELLO: 		
NOMBRE DE LA INSTITUCION: <i>H. Obispo Nuñez</i>				

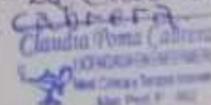
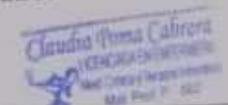


FORMULACION PARA LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

OBJETIVO: Determinar el registro de la hoja de monitoreo asociada a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N° 1, Caja Nacional de Salud, 1° y 2° trimestre del 2022

I T E M	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES
	Claridad en la redacción		Son precisas las preguntas		Lenguaje Adecuado Con el nivel del informante		Mide lo que pretende		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	✓		✓		✓		✓		✓		
25	✓		✓		✓		✓		✓		
26	✓		✓		✓		✓		✓		
27	✓		✓		✓		✓		✓		
28	✓		✓		✓		✓		✓		
29	✓		✓		✓		✓		✓		
30	✓		✓		✓		✓		✓		
31	✓		✓		✓		✓		✓		
32	✓		✓		✓		✓		✓		
33	✓		✓		✓		✓		✓		
34	✓		✓		✓		✓		✓		
35	✓		✓		✓		✓		✓		
36	✓		✓		✓		✓		✓		



ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.		✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.		✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.		✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.		✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa sugiera los ítems a añadir.		✓		
APLICABLE	NO APLICABLE	ATENDIO LAS OBSERVACIONES		
NOMBRE: Lic. Claudia Victoria Poma Cabrera  <small>UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica Unidad de Posgrado Maestría en Enfermería Medicina Crítica y Terapia Intensiva Mar. Prof. F. 202</small>		FIRMA: 		SELLO: 
NOMBRE DE LA INSTITUCION: Hospital Obrero N° 1				



FORMULACION PARA LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

OBJETIVO: Determinar el registro de la hoja de monitoreo asociada a la seguridad del paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N° 1, Caja Nacional de Salud, 1° y 2° trimestre del 2022

I T E M	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES
	Claridad en la redacción		Son precisas las preguntas		Lenguaje Adecuado Con el nivel del informante		Mide lo que pretende		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	✓		✓		✓		✓		✓		
25	✓		✓		✓		✓		✓		
26	✓		✓		✓		✓		✓		
27	✓		✓		✓		✓		✓		
28	✓		✓		✓		✓		✓		
29	✓		✓		✓		✓		✓		
30	✓		✓		✓		✓		✓		
31	✓		✓		✓		✓		✓		
32	✓		✓		✓		✓		✓		
33	✓		✓		✓		✓		✓		
34	✓		✓		✓		✓		✓		
35	✓		✓		✓		✓		✓		
36	✓		✓		✓		✓		✓		



ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		/		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		/		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		/		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo		/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa sugiera los ítems a añadir		/		
APLICABLE	NO APLICABLE	ATENDIO LAS OBSERVACIONES		
NOMBRE: <i>L. M. Sc. J. Patricia Meléndez Chacón</i> FIRMA: <i>[Firma manuscrita]</i> SELLO: <i>[Sello manuscrito]</i>		M. Sc. Silvia Rojas Alvarado Chacón COORDINADORA ACADÉMICA POSGRADO ESPECIALIDAD Unidad de Posgrado AV. BOLÍVAR 11112		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:				

ANEXO N°3
CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO


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

La Paz, septiembre 22 de 2022
U.P.G. CITE N° 1597/2022



Señor
Dr. Alberto Andrade Añagua
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y CALIDAD
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL OBRERO N° 1
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

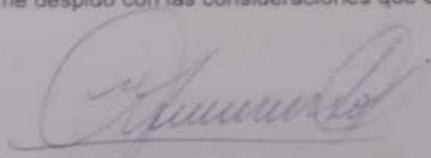
A tiempo de hacerle llegar un cordial saludo, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: "REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO ASOCIADA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N° 1, CAJA NACIONAL DE SALUD, 1° Y 2° TRIMESTRE DEL 2022".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Gavy Yaneth Apaza Laura

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO, 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



c.c. Archivo
Dneta

Calle Claudio Sarojinís N° 1738 - Miraflores • Teléfonos : 2612387 - 2228062
Chacabuco s. N° 590 • Telf: 2782035 • Paz. Web: <http://postgrado.fmcen.umsa.bo> • La Paz - Bolivia



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

La Paz, septiembre 22 de 2022
U.P.G. CITE N° 1597/2022

Señora
Lic. Marisabel Salas Apaza
 JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
 HOSPITAL OBRERO N° 1
 Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

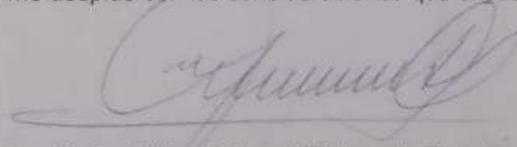
A tiempo de hacerle llegar un cordial saludo, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: **"REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO ASOCIADA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N° 1, CAJA NACIONAL DE SALUD, 1° Y 2° TRIMESTRE DEL 2022"**.

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Gavy Yaneth Apaza Laura

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO, 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

D.C. Alfredo
 /Shala





Calificación Profesional

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

La Paz, septiembre 22 de 2022
U.P.G. CITE N° 1597/2022

Señora
Lic. Rosario Farfan Guevara
JEFE DE ENFERMERAS SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS
HOSPITAL OBRERO N° 1
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de hacerle llegar un cordial saludo, me permito informarle que dentro de 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: "REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO ASOCIADA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N° 1, CAJA NACIONAL DE SALUD, 1° Y 2° TRIMESTRE DEL 2022".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Gavy Yaneth Apaza Laura

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO, 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

ENFERMERA INTENSIVISTA
MAT. PROF. F. 62
Lic. Rosario Farfan Guevara





Indagando Profundamente

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

La Paz, septiembre 22 de 2022
U.P.G. CITE N° 1597/2022

Señor
Dr. Romeo Camacho Garnica
JEFE DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS
HOSPITAL OBRERO N° 1
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de hacerle llegar un cordial saludo, 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: "REGISTRO DE LA HOJA DE MONITOREO ASOCIADA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL OBRERO N° 1, CAJA NACIONAL DE SALUD, 1° Y 2° TRIMESTRE DEL 2022".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Gavy Yaneth Apaza Laura

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO, 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



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



PROPUESTA

**HOJA DE MONITOREO ENFOCADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL OBRERO N°1**

POSTULANTE: Lic. Gavy Yaneth Apaza Laura

TUTORA: Lic. M.Sc. Edith Ajata Forra

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER
SCIENTIARIUM EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ- BOLIVIA

2023

INDICE

	Pág.
DEFINICIÓN	113
OBJETIVO	113
PRINCIPIO CIENTÍFICO	113
1. Datos de Identificación General.....	114
2. Datos Hemodinámicos.....	114
3. Datos patrón respiratorio.....	114
4. Datos Neurológica	114
5. Datos balance hídrico.....	115
6. Datos dosificación de medicamentos.....	115
7. Datos exámenes complementarios.....	115
8. Datos kardex de enfermería.....	115
9. Datos dispositivos de procedimientos invasivos.....	115

HOJA DE MONITOREO

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

DEFINICIÓN

Es un documento médico legal y un instrumento de trabajo dinámico que reportan los parámetros hemodinámicos, tratamiento administrados y los cuidados brindados durante la estancia hospitalaria, con la finalidad ante las posibles descompensaciones que pueda existir durante las 24 horas.

OBJETIVO

Registro continuo de la evolución hemodinámico del paciente durante las 24 horas expresando en valores numéricos, signos y puntuaciones de escalas para contribuir en el seguimiento, monitoreo del tratamiento y cuidados del enfermo crítico.

Evaluar la calidad de atención del producto enfermo considerado como elemento de valor en los resultados obtenidos

Brindar información veraz, objetiva y oportuna al equipo multidisciplinario para la toma de decisiones

PRINCIPIO CIENTIFICO

La forma de registro clínico tratamiento y observaciones de enfermería constituyen un instrumento de comunicación entre todos los miembros de atención de la salud.

La comunicación verbal entre integrantes del equipo de salud, cumple diversas funciones sin embargo el valor de esta esta nula si no está fundamentada en el registro

Los registros son medios de administración útiles en todas las áreas dan a conocer hechos existentes, su valor esta en proporción de la veracidad y

oportunidad de su registro, deben ser claros concisos exactos y contener la información completa

1. Datos de Identificación General:

Se procederá a realizar la identificación del paciente, cubriendo los requisitos que se piden de acuerdo al formato. El no identificar a los pacientes causa errores en las actividades diarias, así como en la administración de medicación, transfusiones, exámenes de laboratorio, exámenes de diagnóstico, procedimientos e inclusive en el suministro de dietas equivocadas, dando lugar a complicaciones e infringir con la seguridad del paciente. (29)

2. Datos Hemodinámicos:

La monitorización hemodinámica nos permite obtener información sobre el funcionalismo cardiovascular del paciente crítico, por lo que constituye una pieza fundamental en la aproximación diagnóstica y en la guía terapéutica del paciente con hipoperfusión tisular.

3. Datos patrón respiratorio:

El registro del patrón respiratorio proporciona información acerca de la intensidad del impulso inspiratorio central, mediante el flujo medio inspiratorio, y la duración de los distintos componentes del ciclo respiratorio.

4. Datos Neurológica

La monitorización neurológica permanente se hace desde que el paciente entra a la consulta, el examinador debe tener una gran capacidad de observación. El examen neurológico o exploración neurológica es sin lugar a duda la herramienta diagnóstica más importante en las neurociencias clínicas. Los propósitos que persigue la exploración neurológica (30)

5. Datos balance hídrico

El cálculo del balance hídrico de los pacientes hospitalizados es una práctica habitual en las diferentes unidades de enfermería, tomando mayor relevancia en unidades de cuidados especiales, donde los pacientes están sometidos a un control estricto de los líquidos aportados y eliminados para conseguir un objetivo terapéutico y/o evitar las complicaciones derivadas de un exceso o déficit de aporte de líquidos en cada paciente concreto. Además, debemos tener presente que cualquier valor del balance hídrico obtenido no es un valor matemático exacto, sino que es un valor aproximado, fruto de una estimación lo más completa posible.

Es la cuantificación parcial total o acumulada de: Líquidos administrados, eliminados y pérdidas insensibles.

6. Datos dosificación de medicamentos

Es el registro de los medicamentos administrados de acuerdo a la indicación médica.

7. Datos exámenes complementarios

es el registro de resultados de los exámenes complementarios en las 24 horas.

8. Datos kardex de Enfermería

Es la transcripción de las indicaciones médicas y cuidados de enfermería en los horarios establecidos y las modificaciones del tratamiento deben ser registradas.

9. Datos dispositivos de procedimientos invasivos

Entre ellos tenemos todos aquellos catéteres, sonda vesical o sondas nasogástricas (29)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

LA HOJA DE MONITOREO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

La hoja de monitoreo plasma la evolución del paciente y los cuidados brindados por Enfermería, por ello un registro completo, claro, preciso, concreto y organizado garantiza la seguridad del paciente, tiene las siguientes características:

Está diseñado para el profesional de Enfermería, de todos los turnos (turno mañana con bolígrafo azul, turno tarde con bolígrafo verde, y turno noche con bolígrafo rojo).

1. ANVERSO DE LA HOJA

Las unidades de cuidados intensivos dentro de la gestión de calidad incluyen nuevas herramientas como son las escalas para mejorar el cuidado del paciente, valorar la distribución del enfermo permitiendo hacer reevaluación y retroalimentación de la información.

ESCALA DE NORTON

ESCALA DE VALORACION DE RIESGOS DE ULCERAS POR PRESION (UPP)

ESCALA DE NORTON MODIFICADA					
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
Bueno	Alerta	Total	Ambulante	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina C/Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitada	Sentado	Urinario O Fecal	2
Muy Malo	Estuporoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria Y Fecal	1
PUNTUCACION 5-9 ALTO RIESGO			PUNTUCACION 13-16 RIESGO BAJO		
PUNTUCACION 10-12 RIESGO MEDIO			PUNTUCACION MAYOR A 16 NO RIESGO		
TM=		TT=		TN=	

Identificar pacientes con riesgos potenciales de úlceras por presión, lo que permitirá valorar y tomar decisiones de manejo, el uso sistemático aumenta la seguridad del paciente crítico. Registrar el cálculo correspondiente en la casilla correspondiente, al turno al que pertenece (TM, TT, TN).

ESCALA DE DOWNTON

ESCALA DE VALORACION DE RIESGOS DE CAIDAS

Esta herramienta se utiliza para valorar el riesgo a caídas, mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones. Registrar el cálculo en la casilla correspondiente, al turno al que pertenece (TM, TT, TN).

ESCALA DE RIESGO J. H. DOWNTON		
CRITERIOS EVALUACION	VARIABLES	PTOS.
Caídas Previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores	1
	Anti parkinsonianos, antidepresivos	1
Déficit Sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación psicomotora	1
Deambulación	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
RIESGO BAJO = 0 a 2 puntos		TM
RIESGO MEDIO = 3 a 4 puntos		TT
RIESGO ALTO = 5 a 9 puntos		TN

ESCALA DE CAMPBELL

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR PARA PACIENTES TET/SEDADOS

La escala de Campbell valora el dolor de los pacientes que no pueden comunicarse y del paciente intubado. Registrar el cálculo en la casilla correspondiente, al turno al que pertenece (TM, TT, TN).

ESCALA DE BPS CAMBELL		
ITEM	VARIABLES	PTOS.
EXPRESIÓN FACIAL	Relajada	1
	Parcialmente contraída (baja las cejas)	2
	Totalmente contraída (cierra las pestañas)	3
	lagrimeo	4
EXTREMIDADES SUPERIORES	Sin movimientos	1
	Parcialmente flexionadas	2
	Totalmente flexionadas (dedos en flexión)	3
	Permanentemente retraídas	4
SINCRONIA CON EL RESPIRADOR	Tolera todo el tiempo	1
	Tose, pero tolera casi todo el tiempo	2
	Lucha con el respirador	3
	Incapaz de ventilarse	4
OBJETIVO = < 6		TM
PRESENCIA DE DOLOR = > 6 puntos		TT
PRESENCIA DE DOLOR = > 7 puntos		TN

BALANCE HIDRICO

Mantener un balance hídrico de acuerdo al estado hemodinámico del paciente, controlar los ingresos y egresos cada hora las 24 horas del día, valorar edemas, turgencia de la piel, PA, oligurias, anuria o poliurias. Registrar la cantidad de diuresis presentada por hora y la cantidad de solución o medicamento administrado, la suma total de los ingresos y egresos se deberán registrar en la casilla correspondiente, el turno noche será quien sume y realice el cálculo de pérdidas sensibles y pérdida basales de H₂O metabólicas.

INGRESOS	EGRESOS
Sol. Cristaloides.....	Diuresis
Hemoderivados.....	SNG.....
Medicación.....	Heces/Colostomia.....
NPT/NPP.....	Sangrado.....
SNG.....	Pérdidas Insensibles.....
VO.....	Drenajes.....
H ₂ O Metabólica.....	Aspiración.....
Total.....	Total.....
BD:.....	BA:.....DH:.....

PERDIDAS BASALES H2O METABOLICA CON APOYO VENTILATORIO	
TAM: TS+2TD 3	Hrs. X42x peso 100
SIN APOYO VENTILATORIO	
PIA=+1.36	0,3-0,52 ml X Kg(peso) x Hrs

CALCULO DE PERDIDAS INSENSIBLES
34,5 a 37,9 °C = 0,5 ml Kg (peso) x Hrs. Fiebre
38 a 39,9 °C = 1 ml Kg (peso) x Hrs. Fiebre
Mayor a 40 °C = 2 ml Kg (peso) x Hrs. Fiebre

2. REVERSO DE LA HOJA

Sirve para el intercambio de información, su registro debe ser con lenguaje técnico para facilitar la comunicación. Siendo este un documento legal se debe describir con letra legible, clara y debe llevar la firma y sello correspondiente del profesional de Enfermería responsable.

El registro es en base al Proceso de Atención de Enfermería, se utilizará este formato para registrar el plan de cuidado de Enfermería SOAPIE.

La sigla S que son los datos subjetivos es decir lo que el cliente nos refiere permite deslizar una valoración diaria para el monitoreo de los diagnósticos identificados.

En la sigla O que son los datos objetivos es decir lo que se observa y se comprueba permite hacer una valoración diaria sobre el estado del cliente.

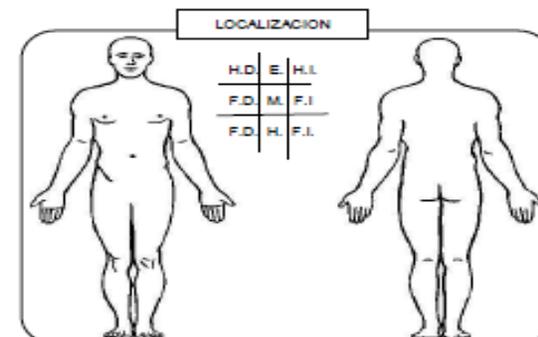
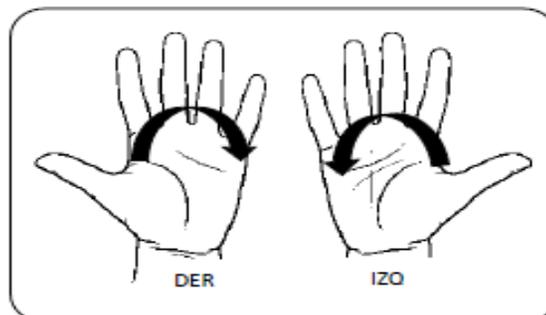
En la sigla A de análisis se coloca el diagnóstico de Enfermería.

En la sigla P de planeamiento se coloca solamente el objetivo específico porque es en base a este van hacer las intervenciones del turno respectivo.

En la sigla I de intervenciones se coloca las intervenciones realizadas en el turno especialmente las independientes.

En la sigla E que es de evaluación muchas veces se convierte en evolución cuando todavía no se ha cumplido el plazo para evaluar y solamente se consignan datos de evolución de los problemas identificados.

KARDEX DE ENFERMERIA	
PACULTIVO	FECHA
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	FECHA



TURNO MAÑANA

SUBJETIVO ()
.....

OBJETIVO ()
.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO ()
.....

PLAN
.....

INTERVENCION (ESPECIFICAR)
.....
.....
.....

EVALUACION ()
.....
.....

RESPONSABLE

TURNO TARDE

SUBJETIVO
.....

OBJETIVO
.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO
.....

PLAN
.....

INTERVENCION (ESPECIFICAR)
.....
.....
.....

EVALUACION
.....
.....

RESPONSABLE

TURNO NOCHE

SUBJETIVO
.....

OBJETIVO
.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO
.....

PLAN
.....

INTERVENCION (ESPECIFICAR)
.....
.....
.....

EVALUACION
.....
.....

RESPONSABLE

Fuente: Elaboración propia datos recabados de la hoja de monitoreo de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2022.