

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



**FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE
REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA-UNIDAD DE
PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO
ALIAGA URÍA, GESTIÓN 2015.**

POSTULANTE: Lic. Marlene Luisa Ramos Ramírez
TUTOR: M.Sc. Lic. Aida Beatriz Lanza Morales

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum
en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería**

La Paz – Bolivia

2016

AGRADECIMIENTOS

- **A Dios porque me dio la vida y la fuerza suficiente en todo momento para culminar mis estudios durante mi formación profesional.**
- **A la Lic. Aida Lanza, Docente de Pre Grado y Tutor de Post Grado.**
- **A todos los profesionales que contribuyeron con sus conocimientos, en especial al Dr. Gregorio Mariscal Q. por su apoyo incondicional y por su colaboración como Asesor.**
- **Al Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, lugar de mi formación profesional y mi segundo hogar.**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi mayor tesoro y la razón de mi vida, Laura Andrea mi hija querida, y a todos los niños que nos enseñan la lucha por la vida.

RESUMEN

Los registros de la hoja de enfermería son una base fundamental para obtener información del estado de salud del paciente, permitiéndonos conocer los cambios importantes en la evolución del paciente internado, los mismos que plasman los cuidados brindados a los pacientes por las profesionales de enfermería, así constituyéndose en un medio de comunicación y coordinación entre el equipo multidisciplinario. También es importante porque son documentos medico legales que son parte del expediente clínico. Por estas razones es importante un buen registro de la hoja de enfermería.

La investigación se trata de un estudio descriptivo transversal en el último trimestre de la gestión 2015 de la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. El objetivo de este trabajo es identificar los factores que determinan la calidad en el registro de la hoja de enfermería en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio aliaga Uría .Método: para la recolección de datos, se utilizó dos instrumentos: un cuestionario y una lista de chequeo, el primero se aplicó a 16 enfermeras para saber el perfil demográfico, conocimiento sobre registro basado en problemas S.O.A.P.I.E. y el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) y el segundo instrumento para evaluar la Calidad del Registro de la Hoja de Enfermería a una muestra de 73 informes. Resultados: más importantes el personal de Enfermería el 62.6% del personal de Enfermería tiene un grado superior al nivel Licenciatura, el 50% tiene más de 15 años de ejercicio profesional, la gran mayoría dice conocer el registro basado en problemas (S.O.A.P.I.E.) y el Proceso de Atención de Enfermería(P.A.E.).De los informes son de tipo narrativo en el 97.3%, el registro de identificación del paciente es al 100%, sin embargo existen falencias en el registro por contenido donde el nivel de cumplimiento del diagnóstico de enfermería es del 0%.

Palabras Clave: Factores, Calidad de Registro de Enfermería, Unidad de Paciente Critico.

SUMMARY

Records leaf nursing are a fundamental basis for obtaining information on the state of health of the patient, allowing us to meet the significant changes in the evolution of inpatient, the same that reflect the care given to patients by nurses and becoming a means of communication and coordination between the multidisciplinary team. It is also important because they are legal medical documents that are part of the clinical record. For these reasons it is important a good record sheet nursing.

The research is a descriptive study in the last quarter of 2015 management of Critical Patient Unit Children's Hospital Dr. Ovidio Aliaga Uría. The aim of this work is to identify the factors that determine the quality of the recording sheet nursing Patient Unit Children's Hospital Critical Ovidio Aliaga Uría .Método: for data collection, two instruments were used: a questionnaire and a checklist, the first 16 nurses to know the demographic profile, knowledge-based registry problems applied soapie and Nursing Care Process (P. A. E.) and the second tool to assess the Registry Quality Nursing sheet to a sample of 73 reports. Results: Most important staff Nursing 62.6% of nursing staff has a higher Bachelor level degree, 50% have more than 15 years of professional practice, most said they knew the problem-based registration (soapie) and nursing Care process (SAP) .In the reports are narrative in 97.3%, recording patient identification is 100%, but there are shortcomings in the registration content where the level of compliance of the nursing diagnosis it is 0%.

Keywords: Factors, Quality Registration Nursing, Critical Patient Unit.

ABREVIATURAS

ANA: American Nurses Association.

NANDA: La North American Nursing Diagnosis 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.

PE: Proceso Enfermero.

SOAP: S: Sección Subjetiva, O: Sección Objetiva, A: Sección de
Apreciación, P: Sección de Plan.

SOAPIE: S: Datos Subjetivos, O: Datos Objetivos A: Análisis, P: Plan, I:
intervención, E: Evaluación (relacionado al Paciente).

SOAPIER: S: Datos Subjetivos, O: Datos Objetivos A: Análisis, P: Plan,
I: intervención, E: Evaluación: Reevaluación.

TISS 28: Sistema de Calificación de Intervención Terapéutica.

UPC: Unidad de Paciente Critico.

INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	iii

CAPITULO I

CONTEXTUALIZACION

1. INTRODUCCION.....	10
2. ANTECEDENTES.....	12
3. JUSTIFICACION.....	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5.PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	21
6. OBJETIVOS.....	22
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

8 MARCO TEORICO.....	23
8.1MARCO REFERENCIAL.....	23
8.2MARCO CONCEPTUAL.....	25
8.3MARCO SEMANTICO.....	48
8.4 MARCO LEGAL.....	57
9. VARIABLES.....	58

CAPITULO III
DISEÑO METODOLOGICO

10. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	61
10.1 TIPO DE ESTUDIO.....	61
10.2 METODO DE INVESTIGACION.....	61
10.3 UNIDAD DE OBSERVACION.....	62
10.4 MARCO MUESTRAL.....	62
10.5 CRITERIO DE INCLUSION.....	63
10.6 CRITERIO DE EXCLUSION.....	64
10.7 DELIMITACION TEMPORAL.....	64
10.8 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	65

CAPITULO IV
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

11. RESULTADOS.....	66
12. DISCUSIÓN.....	101
13. CONCLUSIONES.....	105
14. RECOMENDACIONES.....	107

CAPITULO V
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	110
16. ANEXOS.....	113

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación se realiza por la inquietud de la autora, donde su fuente laboral es el Hospital del Niño Dr. Ovidio aliaga Uría. Hospital de tercer nivel de atención, que significa de máxima especialidad para la atención de todos los niños de Bolivia, El Hospital cuenta con diferentes sub especialidades de atención, cumpliendo las normas a nivel nacional y se lleva acabo los reportes de Enfermería manejando el S.O.A.P.I.E. en base al Proceso de Atención de Enfermería.

La aplicación del método científico en la asistencia del personal de Enfermería es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE).este método permite prestar cuidados de una forma sistémica racional al paciente, misma que es parámetro para la evaluación de calidad en los registros de Enfermería.

La presente investigación surge ante la necesidad de saber los Factores que Determinan la Calidad del llenado en los Registros de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico, la auditoria en salud consiste en la revisión de trabajos de quienes desempeñamos en nuestros servicios, por lo cual los reportes de Enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de Enfermería, este sistema de registros realizado de manera eficaz, constituye un registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado. Los registros de Enfermería son documentos que sirven como testimonio para los profesionales en requerimientos de justicia.

Por ello los informes de enfermería deben mantener coherencia de lo que expresa, debe existir uno o varios factores que produzcan un impacto en ellos. Ahora bien; El presente trabajo tiene la finalidad de saber los factores que determinan la Calidad del registro de la única hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico del Hospital de Niño. Con el propósito de

coadyuvar para un mejor desempeño profesional en la prevención del daño y en el tratamiento de demanda, especialmente aquellas subsecuentes a los casos de denuncia de los usuarios por supuestos problemas inherentes a las prestaciones de servicios.

La intervención de enfermería durante la atención a un paciente se debe documentar con el llenado de la hoja de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico, con fundamento científico, para que sea un instrumento, guía de procedimientos durante la jornada laboral con la finalidad de dar una atención con calidad y calidez. Ofrece una cobertura legal y sirve de argumento para solicitar si es necesario incremento de recursos humanos.

La calidad es un aspecto complejo y tiene un valor tan importante en el cuidado del paciente, es por ello que el personal de enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, debe desarrollar una cultura de calidad en el registro de la hoja de enfermería que significa aplicar el proceso enfermero.

El reporte de Enfermería debe reflejar todas las acciones e intervenciones de la Enfermería aplicando conocimientos científico teórico práctico en cumplimiento de las indicaciones médicas, en la actualidad se han implementado otros métodos de realizar el reporte de Enfermería con una lógica ordenada y secuencial según patología clínica que presente el paciente, previa valoración por Enfermería y aplicando los diagnósticos de la NANDA según el método SOAPIE (datos subjetivos y objetivos, análisis del diagnóstico de enfermería y posterior planificación de intervención de enfermería finalmente la evaluación de enfermería), SOVP, RMOP estos nos permiten seleccionar la información relevante del paciente.

En el Diagnóstico situacional de los Registros de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico, del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. Se realizó la observación directa de los reportes de enfermería durante tres meses los cuales se observaron enmendaduras, borrones o tachones etc. Lo cual

implica que existe una falencia del manejo en el registro de enfermería, y considerando que actualmente existen nuevos desafíos en los registros de enfermería para las profesionales y con el fin de profundizar el tema de investigación.

Es en este sentido que se desarrolló esta investigación, cuyo objetivo es identificar los Factores que Determinan la Calidad del Registro de la hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico.

2. ANTECEDENTES

Realizando una consulta con las profesionales de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño de la Ciudad de La Paz, se pudo evidenciar que no existían estudios realizados referentes a los registros de la Hoja de Enfermería en el Servicio y en la búsqueda de información correspondiente al tema de estudio se pudo verificar que, no existen estudios realizados en el servicio, sin embargo existen estudios publicados de otras instituciones.

A nivel nacional, actualmente existen muy pocos estudios, uno de ellos es el realizado por Vaca Mariobo Delma, que lleva como título “Calidad de la Hoja de Registros de Enfermería en el Servicio de Internación en el Instituto Nacional de Oftalmología en la Paz, Gestión 2007-2008 el cual tiene como objetivo establecer la calidad de la hoja de Enfermería. La investigación tuvo como muestra 227 registros realizados por 16 enfermeras, aplico una lista de chequeo y un cuestionario de conocimientos para medir la calidad. Los resultados que obtuvo dicha investigación fueron: registros de enfermería que no cumplían con la calidad, la información en la documentación era insuficiente, los registros de enfermería fueron realizados antes de la intervención justificando por exceso de trabajo, en relación al conocimiento de normas carecían de las mismas.

Otro estudio realizado por Quispe Claudia, titulado Calidad de Registros de Enfermería Hospital del Seguro Social Universitario, La Paz área de Pediatría 2009. El objetivo del estudio fue establecer la calidad de registros de Enfermería en el área de Pediatría. estudio de tipo cuantitativo, cualitativo, descriptivo y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 50 Expedientes clínicos de pacientes comprendidos de 1 mes a 5 años de edad, la recolección de datos aplicando encuesta para recolectar datos de los Expedientes clínicos los resultados evidenciaron que el 100% de los registros tiene deficiencias en su manejo, referente al llenado. El 100% no ejecuto el diagnóstico de Enfermería. El 100% no registra el S.O.A.P.I.E.

(Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, intervención y Evaluación), el 52% no escribe con letra legible y ortografía correcta, el 54% presenta borrones y correcciones.

En otra investigación de Hidalgo Erika, que realizó una investigación que lleva por título Calidad de Registros de la Hoja de Enfermería Unidad de Cuidados Post Anestésicos de La Caja Banca Estatal de Salud Gestión 2010, con el objetivo de Determinar la Calidad de los Registros en las Hojas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos, estudio de tipo cuantitativo descriptivo, retrospectiva, con una muestra de 46 expedientes clínicos, el resultado relevante que arrojó la investigación es que el 100% de registros de enfermería no registra de acuerdo al Proceso de Atención de Enfermería S.O.A.P.I.E.

Por otro lado Meneses Pamela, realizó otro estudio, que lleva por título Calidad de Registro de Enfermería S.O.A.P.I.E. en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Seguro Social Universitario, La Paz gestión 2012. La cual tiene como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería S.O.A.P.I.E. En este estudio se consideró una muestra de 65 registros de Enfermería, la recolección de datos se aplicó por lista de chequeo con 15 ítems para medir la calidad de los registros de Enfermería en base a normas internacionales el resultado de esta investigación lo más sobresaliente muestra que el 45 % de registros no cumple con las normas de calidad. Verificando la falencia en el registro incorrecto de los datos subjetivos y los diagnósticos de enfermería.

A nivel internacional

Espino Vásquez e Infanzón Iñigo en el estudio que realizaron por título Nivel de Conocimientos de Enfermera y su Relación con la Calidad de Anotaciones de Enfermería, en el Félix Torrealba Gutiérrez, Gestión 2003, el estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de identificar nivel de conocimientos que poseen las Enfermeras en relación a la calidad de sus anotaciones, aplicando una encuesta a 43 Enfermeras y una lista de chequeo revisando 389 Expedientes clínicos, las conclusiones a las que llegaron con este estudio fueron las siguientes: el nivel de conocimiento regular con 72.1%, un 23.3% deficiente y solo el 4.6% reporto un alto nivel de conocimiento. Las enfermeras que tienen regular nivel de conocimientos realiza los registros con mala calidad que alcanza al 81.5%.

Lorena Chaparro Díaz y sus colaboradores en un trabajo de grado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá este estudio lleva por título: Registros del Profesional de Enfermería como Evidencia de la Continuidad del Cuidado, estudio de tipo descriptivo exploratorio transversal, aplicaron una lista de chequeo de los registros de Enfermería, los resultados fueron: espacios que dejaban en blanco pertenecían al 28%, sin datos de identificación del paciente el 27%, sin firmas en el reporte de Enfermería 14%, sin fecha el 14 %, uso de siglas no autorizadas 6%, enmendaduras 7%.

Por su parte Vizcarra Angla de, en la tesis que lleva por título Características de las Anotaciones de Enfermería, estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, los resultados indican que las características de los registros de enfermería, se observan que el 26.3% no son significativas, el 14.5% son significativas y el 59,2% son medianamente significativas, con referencia a otros aspectos indica que el 73% no realiza un buen registro por sobrecarga laboral.

Otro estudio que realizo Angulo P: Soyelis, tesis titulada Factores que Influyen en el Cumplimiento de la Realización de los Registros de Enfermería, el tipo de estudio es descriptivo transversal, aplicada en 12 Enfermeras y los resultados referente al nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre registros S.O.A.P.I.E. Indica que el 18% tiene conocimiento bueno, el 82% del personal de enfermería se considera con un conocimiento regular.

En investigaciones existentes referente al tema está un estudio realizado en el Hospital Villa Coapa. Titulado Factores que Afectan el Correcto Llenado de los Registros Clínicos de Enfermería los resultados son que el 42% corresponde a la carga de trabajo, el 25% indica que era la unificación de criterios, el 16 %considero que era el espacio insuficiente y un 10 % menciona que es la falta de conocimiento.

Blasceta Ricardo, Guzmán Jorge, este estudio fue realizado con el personal de Enfermería en el Sanatorio Allende de la Ciudad de Córdoba. Septiembre /Octubre 2007. Investigacion que lleva por título “Factores que Intervienen en la Realización del Informe de Enfermería Según la Opinión de los Enfermeros “el cual tiene como objetivo reconocer mediante un estudio descriptivo, analítico, transversal .Cuales son los factores institucionales, profesionales y personales que intervienen en la elaboración de los informes de Enfermería de los profesionales en el Sanatorio Allende de la Ciudad de Córdoba.

La recolección de datos fue de la fuente primaria que se obtuvo directamente de la muestra de 50 profesionales de enfermería, la técnica de encuesta de modalidad cuestionario, dentro de la dimensión estudiada referente a **los factores institucionales** se estudió: se sub-dimensionaron

en: motivación para la realización de un informe, número de pacientes asignados, y pautas para la elaboración de informes.

Referente a **factores personales** estudiaron la siguientes sub dimensiones: edad, sexo, estado civil y doble empleo.

En **factores profesionales** se sub-dimensionaron en: antigüedad laboral, formación académica, relaciones interpersonales y aspectos éticos legales del informe de enfermería. Los resultados que muestra esta investigación son:

Respecto a la motivación: Afirma que el Enfermero que este motivado en su trabajo realizara un informe de Enfermería valido y apto, en tanto que los Enfermeros desmotivados pareciera que tuvieran una dificultad mayor a la hora de la redacción del informe

Respecto a la cantidad de pacientes asignados, aceptando la hipótesis de que los enfermeros que tengan más pacientes a cargo resultan engorrosos y trabajosos realizar el informe de enfermería.

Con respecto a las pautas para el reporte de enfermería, afirma que en la institución que existan las pautas, los lleva a realizar un mejor informe.

Con respecto a la antigüedad Laboral decimos que más años en el servicio hacen que el informe se vuelva algo rutinario, tedioso y disminuye la importancia sobre él.

Referente a los factores profesionales.

Con respecto a la formación académica afirma que el grado académico no interfiere a la hora de la redacción del informe.

Con respecto a las relaciones interpersonales: nos afirma que las relaciones armónicas afectan a la hora de la redacción del informe porque si hubiera un ambiente inhóspito de trabajo el desarrollo de este disminuye afectando directamente a todos los trabajadores.

Referente a los factores personales.

El resultado obtenido afirma que la edad no afecta a la hora de la redacción. Esta investigación concluye indicando que todas las instituciones deberían tener normas escritas para la redacción del informe y en su menor medida pautas.

Ruiz Myriam, Guamantica Sandra. Realizaron un estudio, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Quito Nro. 1, estudio que lleva por título **”Factores Determinantes de la Calidad de los Informes de Enfermería En la Unidad de Terapia Intensiva ,del Hospital Quito Nro1 en el Primer Trimestre en el Año 2015”**, el cual tiene como objetivo Identificar los Factores Determinantes de la Calidad de los Informes de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Quito Nro1, estudio de tipo descriptivo, transversal. Los instrumentos de aplicación fueron 2 cuestionarios, el primero de aplicación al personal de enfermería (18 enfermeras) y el segundo una matriz de evaluación de calidad de aplicación a una muestra de 100 informes de enfermería, como resultado del estudio se tuvo que el 100% de los informes son de tipo Narrativo e Informativo, lo que significa que la no aplicación del modelo SOAPIER es universal, la Calidad de Registro en cuanto a su estructura se registra de manera oportuna ,adecuada y en cuanto al contenido reporta que alcanzo un 67 a 82%.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación está elaborado para mejorar la calidad del llenado de la Hoja de Enfermería de Terapia Intensiva porque son documentos legales y formales también indicadores del desempeño de personal profesional de enfermería.

La relevancia de esta área de trabajo de Enfermería y la poca importancia que hoy en día se le da a la información de los Registro de Enfermería nos motiva a realizar una investigación, la cual nos ayudara a conocer las normas técnicas existentes para el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería.

Es de mucha importancia la constancia en el Reporte de Enfermería sobre las intervenciones de Enfermería realizadas, lo cual enfoca el trabajo por escrito durante la jornada laboral, los Reportes de Enfermería proporcionan la única prueba documentada que si se ha cumplido los tratamientos médicos indicados, las cuales proporcionan respaldos jurídicos, legales.

Los reportes realizados de forma incompleta o confusas dificultan la continuidad de los cuidados de enfermería, también la falta de comunicación entre profesionales es un factor determinante para el estado de salud del paciente.

El uso adecuado y oportuno de los registros de enfermería en la UPC es de mucha importancia para dar una continuidad en el cuidado, así disminuir la estancia en la Unidad de Paciente Critico y disminuir los gastos económicos de los familiares e institucionales.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de las revisiones realizadas de los Reportes de Enfermería de la Hoja de Terapia Intensiva en diferentes turnos del Hospital del Niño se pudo verificar que se encuentran incompletos por lo tanto esto hace suponer que la atención de Enfermería que brinda no es de calidad.

La importancia del llenado de la Hoja de Enfermería de Terapia Intensiva se centra en el valor legal, porque estos documentos son permitidos para realizar una auditoria médica, optimizar los servicios prestados, el Reporte de Enfermería muestra la calidad del cuidado prestado, por lo cual es importante documentar en forma escrita.

El llenado incorrecto del Reporte de Enfermería en la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico, hace suponer el incumplimiento de la calidad de atención al paciente crítico, también pueden dar lugar a problemas legales.

La responsabilidad profesional se sustenta por el hecho de que el proceso de atención de Enfermería se enseña en toda la formación profesional de Enfermería, convirtiéndose en un eje transversal e integrador del plan curricular, de esta forma el registro de enfermería es reconocido por las organizaciones mundiales de salud como indicador hospitalario de calidad.

Se debe recordar que existe normas técnicas en Bolivia respecto a la calidad del Registro de Enfermería, deberá basarse en la existencia de un plan de Enfermería, tomando en cuenta como referencia el sistema de clasificación de Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).

Con el presente trabajo se pretende aportar con información sobre la identificación de los Factores que Determinan la Calidad de Registros de Enfermería En la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr Ovidio Aliaga Uría. Para contribuir en el cumplimiento del llenado correcto del Reporte de Enfermería y el cumplimiento de la misión institucional, recuperar, mantener y mejorar el estado de salud del paciente, bajo estándares óptimos de calidad que se hallan normadas en el manual de auditoria y norma técnica.

5. PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores que determinan la calidad del registro de la hoja de enfermería en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la Paz en el último trimestre de la gestión 2015?

6. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los Factores que Determinan la Calidad de registro en la Hoja de Enfermería en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, de la Ciudad de la Paz, Gestión 2015.

6.2. OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer los datos demográficos (edad, grado académico, tiempo de ejercicio profesional, experiencia laboral) del Personal de Enfermería que realiza los registros en la Hoja de Enfermería.

Establecer la calidad de los registros de la Hoja de Enfermería según dimensión, estructura y contenido.

Relacionar los datos demográficos del personal de Enfermería con el conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y el S.O.A.P.I.E. (Subjetivo, objetivo, actividad, planificación intervención y evaluación).

CAPITULO II

MARCO TEORICO

8.1 MARCO REFERENCIAL

En 1972 inicio el Funcionamiento del Hospital del Niño, por entonces Ministro Carlos Valverde Barbery de profesión Bioquímico Farmacéutico. El nosocomio inaugura sus labores de atención a la población, sin embargo se encontraba pobremente dotado y con una infraestructura deficiente, por lo que era un desafío para todo el personal médico y el equipo de salud.

Este Centro estaba destinado para salvar vidas de muchos niños Bolivianos y hoy es un centro de referencia a nivel Nacional.

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (U.P.C.) fue fundada el 9 de mayo de 1985, bajo la Dirección del Dr. Ovidio Aliaga Uría y como jefe de Unidad el Dr. Alfredo Rodríguez, dicho servicio conto, con la colaboración del Gobierno Cubano en la implementación de Equipos e infraestructura, que lleva como nombre **Ismailillo** (poema del gran poeta cubano José Martí, que dedico a su hijo), Por entonces la UPC contaba con 8 camas, 6 Médicos, 12 Enfermeras Profesionales, 4 Auxiliares de Enfermería y 2 manuales.

Actualmente la Unidad de Paciente Critico Cuenta con más Equipamiento y Recursos Humanos. A la cabeza del Dr. Alfredo Rodríguez como Jefe de Unidad.

8.1.1 Misión Del Hospital del Niño

Somos un Hospital comprometido con nuestra sociedad, que brinda atención especializada de excelencia, en salud infantil, reconoce sus derechos en un ambiente de respeto mutuo y fuente de enseñanza e investigación, con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros niños, sus familias y la comunidad.

8.1.2. Visión del Hospital del Niño

Ser un instituto pediátrico autónomo, de referencia nacional, generador de conocimientos, con excelencia profesional, reconocido por la población y la comunidad científica.

8.2 MARCO CONCEPTUAL

El proceso de enfermería como modelo y ciencia del cuidado de los pacientes, se introduce a partir de 1970, en los planes de estudio de las Escuelas de Enfermería, existentes en esa época.

El Conocimiento del Proceso de Enfermería se afirma a partir de 1973, donde se establecieron las Normas de la Práctica de la Enfermería Clínica mediante la Asociación de las Enfermeras Americanas (ANA), en los Estados Unidos de Norte América. Donde se establecen las 5 fases del Proceso de Atención de Enfermería expresadas en un marco de referencia como normas del cuidado del paciente mediante: la: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**. Las mismas que son consideradas para la evaluación de la calidad de registros de enfermería actualmente.

Estas fases de desarrollo del Proceso Enfermero, son aplicadas en la práctica de una manera cíclica y dinámica en el cuidado del paciente, su enfoque está dirigido a la resolución de problemas de salud del paciente.

Este método por el carácter sistemático se articula a un proceso de planificación que va destinado a cumplir las necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de Enfermería específicas, para hacer frente a las necesidades que en ese momento cursa el paciente.

Se debe destacar que el Proceso de Enfermería es secuencial, donde la práctica establece una secuencia lógica en la atención del paciente fijando así una serie de actividades que se ejecutan desde la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación para la rehabilitación del paciente.

Para este propósito, en la construcción de paradigmas de la Ciencia de Enfermería se han establecido muchas teorías con significancia histórica, como la teoría de las relaciones interpersonales, planteada por la profesora de Enfermería Hildegard E. Peplau que establece que el Proceso de Enfermería está identificado en 4 fases de la relación Enfermera-Paciente que son: la orientación, Identificación, exploración y resolución.

Peplau fundamenta su teoría en el psicoanálisis Freud y Sullivan, en las relaciones interpersonales que en su esencia su caracterización está dentro de un modelo psicológico de atención al paciente. Otra teoría que debemos destacar es la de Virginia Anderson, quien menciona que el paciente es una persona que requiere ayuda y la Enfermera es el ente que ayuda, estableciendo esta teoría que la práctica de la Enfermería es independiente reconociendo que la función de la Enfermera es una síntesis de muchas influencias, estableciendo 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la Atención de la Enfermería.

Una de las más importantes contribuciones es establecer la definición de la Enfermería indicando que la función específica de la Enfermera es ayudar a la persona enferma o sana a la y realización de las actividades que contribuyan a la salud o recuperación.

Otra de las precursoras que determinó la construcción del Conocimiento Científico de Enfermería es Ida Jean Orlando, mediante la teoría del Proceso Enfermero, dio los conceptos principales y estableció un modelo sobre la responsabilidad de la Enfermera, en relación a la satisfacción de las necesidades del paciente, y las reacciones inmediatas y relaciono estos factores a 5 conceptos como función de la Enfermera Profesional, que son: la conducta del paciente, la respuesta inmediata o interna de la enfermera a la

necesidad, la disciplina del proceso y la mejoría del paciente. La mejoría no se da si no hay reacción automática de la Enfermera.

Estos fundamentos teóricos, permitirán conocer el modelo de aplicación en el proceso de atención de enfermería.

En la actualidad, existe a un todavía personal de Enfermería que no da tanta importancia a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y menos a los Registros de Enfermería, considerando que es un papel netamente administrativo que aparta de la labor asistencial que realizan.

Incluso en algunas investigaciones admiten algunas dificultades que tienen al realizar el Registro de Enfermería o plasmarlo por escrito, el trabajo que ellas realizan por la falta de costumbre o desconocimiento del lenguaje adecuado.

La importancia de los Registros del Proceso de Atención de Enfermería refleja la calidad de atención que brindamos a nuestros pacientes. En otro aspecto en la evaluación de los registros de enfermería se encuentra incorporado el proceso de atención de Enfermería, actualmente la información que está produciendo importantes cambios en la forma laboral son los Reportes de enfermería basados en problemas S.O.A.P.I.E.(Subjetivo, Objetivo ,Planificación, Diagnostico, Evaluación) y la Taxonomía NANDA NIC y NOC mismas que son aplicadas para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejorar la calidad técnica en los registros, la calidad de los cuidados y calidad percibida de la población ,estos cambios nos debe llevar a la reflexionar y a explorar esos mecanismos o factores que no permiten cumplir con la calidad de los registros en una institución de salud para que el mismo personal diseñe registros sencillos, metodológicamente correctos y las adaptaciones o

innovaciones que realice sean basados en la realidad de la situación de trabajo, para que los registros reflejen la calidad de atención que brinda el personal de Enfermería, basados en un soporte científico y no solamente un simple registro de papel.

Los primeros indicios para mejorar la calidad en la atención en medicina aparecen en 1846 cuando se instituye la Asociación Médica Americana. En 1965 inicia sobre trabajos de calidad el doctor Avedis Donabedian, define la Calidad de Atención como la atención que va maximizar el bienestar del paciente, en base a las ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención. Menciona estudiar tres niveles: estructura, Proceso y Resultado; relacionados estos con tres dimensiones: técnica, interpersonal y confort.

La calidad de atención en salud es responsabilidad de todo el equipo de salud, sin embargo, el papel que desempeña la Enfermera es tan particular porque es el pilar de ese equipo, porque está en contacto directo por más tiempo con el paciente.

8.2.1. ENFERMERÍA.- es una disciplina científica, con gran impacto social. Tiene como fin promover conservar y restaurar la salud; prevenir la enfermedad y aliviar el sufrimiento, satisfaciendo las necesidades humanas dentro de una amplia variedad del entorno (Susan Leddy, Jmac Pepper).

8.2.2. CIENCIA DE ENFERMERÍA.- Es un conjunto de conocimientos propios de la disciplina que epistemológicamente explican su concepto, proposiciones, enunciados y teorías del cuidado. La aplicación de estas teorías son los modelos que enfermería evidencia en los espacios donde se desenvuelve.

8.2.3. CONCEPTO DE PAE. (Proceso de Atención de Enfermería)

El Proceso de Atención de Enfermería (P: A.E.) es la aplicación del método científico en la praxis de enfermería que permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

8.2.4. CARACTERISTICAS DEL P.A.E.

Tiene validez universal.

Utiliza terminología comprensible.

Centrado en el paciente con una estrecha relación directa entre esta y el profesional.

Orientado a resolver problemas.

Consta de cinco etapas.

8.2.5. OBJETIVOS DEL PAE

Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.

Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de una manera dinámica y sistemática.

Planifica actividades evaluables.

Mantener investigación constante sobre los cuidados de enfermería.

8.2.6. ETAPAS DEL P.A.E.

Recogida y selección de datos (valoración) consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión, como resultado de la valoración de enfermería.

Planificación. En el cual se desarrollan las estrategias para prevenir complicaciones, corregir los problemas y promocionar la salud.

Ejecución.es la realización de los cuidados programados.

Evaluación.se refiere a la comparación de las respuestas del paciente, determinar si sean concebido los objetivos establecidos.

8.2.7. Definición del proceso de atención de enfermería

El Proceso Enfermero es la aplicación del método científico a la Práctica de Enfermería. Este método permite prestar cuidados de Enfermería de forma racional, lógica y sistemática. Que permite a la Enfermera planear técnicamente, adecuadamente y eficazmente la atención. Es también una manera de formalizar la organización de las acciones. Instrumento útil y valido usado en distintos modelos de la atención, fortaleciendo la práctica de Enfermería.

El Proceso de Enfermería es reconocido como metodología universal para el cuidado enfermero. Es un instrumento mediante el cual la Enfermera organiza la información, referente a los problemas del cliente y diseñar sus intervenciones para dar solución al problema. (5)

La diversidad de los modelos conceptuales de enfermería permite seleccionar el modelo adecuado para su aplicación en la prestación de cuidados que brinda la enfermera, enfocados a satisfacer las necesidades del paciente la familia y la comunidad, manteniendo su individualidad y tomando en cuenta sus necesidades como seres humanos.

La aplicación de los modelos de Enfermería se efectivizan mediante la aplicación del Proceso de Enfermería y las taxonomías, como estrategia metodológica que permite brindar un cuidado científico y humanístico que fundamenta con la interacción humana y los elementos de la filosofía de Enfermería. Este proceso está constituido por cinco pasos o etapas: la valoración, el diagnostico de enfermería, la planificación, la ejecución y la evaluación.

Estas fases se interrelacionan secuencialmente, de tal manera que las actividades que se realizan en cada una de ellas afecta a la siguiente.

Así mismo constituye una estructura básica para la prestación de servicios de Enfermería en las diferentes situaciones de salud del paciente.

8.2.8. VALORACION

La valoración es la recolección sistémica y ordenada de información, centrada en la salud del paciente. Es la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería P.A.E. La sociedad de Enfermeras Americanas (ANA-American Nurses Association) establece que la Enfermera recoge los datos sobre el estado de salud del cliente, al mismo tiempo regula los criterios de medida, estos se encuentran resumidos en los siguientes parámetros:

- 1.-La prioridad de la recogida de datos está condicionada por las necesidades inmediatas del paciente.
- 2.- Los datos de interés se recogen usando técnicas de valoración adecuadas.
- 3.- En la recogida de datos interviene el paciente.
- 4.- El proceso de recogida de datos es sistemático y progresivo.
- 5.- Los datos relevantes quedan registrados de forma que pueda recuperarse.

Esta recogida de datos le permite a la enfermera, determinar los aspectos reales o potenciales de mayor relevancia en base a los cuales puede planificar los cuidados de enfermería.

En enfermería se distinguen cuatro momentos para la valoración del paciente;

8.2.9. TIPOS DE VALORACION

Valoración Inicial.- Aquella que se realiza durante el ingreso del paciente.

Valoración Focalizada.- Basados en los cuidados de enfermería.

Valoración Urgente.- Se realiza en situaciones de riesgo de integridad física, psicológica de los pacientes.

Valoración Nueva.- Se lo realiza en comparación a la valoración inicial, en el transcurso de la internación o durante el alta del paciente

TIPO	MOMENTO DE EJECUCION	PROPOSITO	EJEMPLO
Valoración inicial	Realiza en un plazo especificado tras el ingreso en un centro de asistencia hospitalaria	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema y las referencias y comparaciones futuras.	Valoración de Enfermería al ingreso.
Valoración focalizada	Proceso continuado e integrado en los cuidados de Enfermería.	Determinar el estado de un problema específico determinado en una valoración previa. Identificar problemas nuevos o que pasaron desapercibidos.	Valoración horaria de la ingestión de líquidos y de la diuresis del paciente. Valoración de la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo mientras se lo ayuda a bañarse.

Valoración urgente	Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente.	Identificar problemas que pongan en peligro la vida.	Valoración rápida de la vía aérea el estado respiratorio y la circulación del paciente durante una parada cardiaca. Valoración de tendencias suicidas o del potencial violento del paciente
Nueva valoración después de un tiempo	Varios meses después de la valoración inicial.	Comparar el estado actual del paciente respecto a los datos iniciales obtenidos con anterioridad.	Volver a valorar el estado funcional en una residencia o en un contexto ambulatorio o en el hospital en el cambio de turno.

Guía para elaborar NANDA NIC y NOC de Cortez Gloria-Castillo Francisca, sexta edición mayo 2012.

La valoración considerada como un método para la recolección, organización, validación de datos incluye cuatro etapas:

1. Recolección de información.
2. Organización de los datos.
3. Validación de los datos.
4. Registro de la información.

La organización reconocida para la acreditación para la salud a nivel internacional la Joint Comision Internacional, también incluye en sus estándares internacionales para Hospitales recomendaciones sobre la importancia y necesidad de la elaboración de un plan de atención y un

proceso de evaluación para la asistencia de los pacientes atendidos en centros sanitarios.

Recolección de la información:

Los datos que debe recolectar la Enfermera, se encuentran relacionados con el estado de salud del paciente y enmarcados dentro de un proceso sistemático.

Fuentes de información: La información puede ser obtenida de diversas fuentes, las cuales de acuerdo a su importancia se encuentran clasificadas en: Fuente primaria: se considera dentro de esta la información proporcionada por el paciente. Esta es la fuente de datos de mayor confiabilidad, específicamente cuando se deben recolectar datos subjetivos.

Sin embargo el paciente debe reunir algunos requisitos que avalen el contenido de la información que proporciona.

No debe significar un esfuerzo que afecte su salud.

La paciente debe estar orientada en las tres esferas (tiempo, persona y espacio).

Debe comunicarse con claridad.

Fuentes secundarias: ingresan en esta clasificación:

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.

Registros clínicos del cliente, incluyen datos relacionados con su estado civil documentos elaborados por otros profesionales como informes médicos, expediente clínicos, protocolos del examen físico, resultados de exámenes de laboratorio, radiología, informes de especialistas en las diferentes ramas de la medicina, psicólogos, fisioterapeutas, anteriores registros de Enfermería, etc.

El tiempo de antigüedad de los registros deben ser consideradas en relación al momento actual, en el cual se requiera revisar esta información.

Profesionales del equipo de salud, la información que brinda los integrantes del equipo de salud tiene una especial importancia para la realización del plan de cuidados de Enfermería.

Revisión bibliográfica, la bibliografía permite a la Enfermera disponer de una base de datos de consulta.

Características de los datos: se dividen en dos:

Objetivos

Subjetivos

Datos Objetivos.-Son datos que se obtienen a través de la observación, palpación, percusión y auscultación. Son susceptibles de medición y comparación. Por ejemplo, el control de temperatura corporal. La observación nos permite establecer un rubor en las mejillas del paciente, mediante la palpación sentimos la piel caliente, al controlar la temperatura con el termómetro nos indica objetivamente que el valor hallado es compatible con un estado febril, estos valores pueden ser comparados con

el control de la temperatura anterior ,con controles realizados en días anteriores etc.(5)

La misma que se puede realizar en cualquier momento que se atienda al paciente.

8.2.10 OBSERVACION FISICA.

Examen físico céfalo caudal: el examen físico que realiza la enfermera en la práctica va acompañada de otras medidas o escalas dependiendo de la especialidad a la que pertenece el paciente. Por ejemplo la escala de Braden y de Norton para identificar el riesgo de las úlceras por decúbito. Si el paciente es niño se hará la medición antropométrica (peso, talla y perímetros) así como la valoración psicomotora, si se trata de un recién nacido (neonatología) la valoración incluirá las escalas de silverman, capurro ,apgar ,evaluación neurológica, etc.

Si la paciente es una gestante la valoración incluirá datos obstétricos como: gestaciones, abortos, partos,hijos vivos cesarías, natimueertos ,peso del recién nacido anterior, hijos con bajo peso, hijos macrosomicos, etc. si el paciente está en estado crítico el examen físico incluirá la valoración con la escala de Glasgow, la escala de ransay , grado de dependencia, monitoreo hemodinámico ,escala de pupilas, evaluación de HAN HIS monitoreo de medios invasivos etc

OBSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

En la práctica clínica la obtención de datos relevantes de los documentos del paciente se hace revisando la historia clínica o ficha familiar u otro documento oficial. Se revisa los resultados de los exámenes de laboratorio,

de los exámenes de diagnóstico como ecografía, tomografía, cateterismo cardiaco, radiografías, etc.

Datos subjetivos

Estos datos no son visibles, el único que puede describirlos e indicar sus características es el paciente, se refiere a los sentimientos, sensaciones, opiniones, ideas etc. Un ejemplo típico es el dolor, el paciente puede encontrarse en el hospital, mientras él o ella no lo manifiestan, el personal de salud no podrá establecer su existencia.

Datos Objetivos

Se obtiene a través de la observación directa, se puede realizar en cualquier momento que se atiende al paciente, por ejemplo: canalizando una vía o al darle su alimentación etc.

Organización de los datos: Para desarrollar el Proceso de Enfermería se necesita que los datos estén sistematizados ordenados. El modelo de este documento no es uniforme varía de acuerdo a la especialidad, el estado del paciente, los objetivos del servicio o la organización de salud a la que pertenece, está estructurado en base a las Teorías de Enfermería, uno de ellos es de Marjory Gordon que se basa en 11 patrones funcionales que reúne las características necesarias para realizar una valoración en Enfermería y son:

Patrón de percepción de la salud, manejo de la salud.

Patrón Nutricional Metabólico.

Patrón de eliminación.

Patrón de actividad y ejercicio.

Patrón de sueño y descanso.

Patrón cognitivo Perceptual.
Patrón de Autopercepción – auto concepto.
Patrón rol-relaciones.
Patrón de Sexualidad –reproducción.
Patrón de Afrontamiento –tolerancia al estrés.
Patrón de valores y creencias.

Nancy Roper, presento un modelo de enfermería con paradigmas basados en las actividades de la vida, considerando los problemas del paciente en relación a su diario vivir. Roper incluye en este modelo 12 actividades de la vida:

Conservación de un ambiente seguro.
Comunicación.
Respiración.
Ingestión de alimentos y bebidas.
Eliminación.
Aseo y arreglo personales.
Control de la temperatura corporal.
Actividades generales y ejercicio.
Ocupación y actividades de tiempo libre.
Expresión de la sexualidad.
Habitudo de sueño.
Circunstancias que rodean la muerte.

Dorothea Ohren en su modelo de autocuidado establece 8 requisitos que son:

Mantener una entrada suficiente de aire.
Mantener unos ingresos suficientes ingresos de agua.
Mantener un consumo suficiente de alimentos.

Prestar los cuidados que exigen los procesos de eliminación de excretas.

Mantener un equilibrio entre soledad e interacción social.

Prevenir los riesgos para la vida humana, funciones corporales y bienestar de los seres humanos.

Fomentar el funcionamiento y desarrollo del ser humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con las posibilidades humanas.

Los modelos de Enfermería que se presentaron son una parte de las teorías y modelos que pueden seleccionar la enfermera para organizar la información recolectada.

8.3.11. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería es el Diagnóstico de Enfermería. El termino diagnostico significa estudio cuidadoso y crítico de algo con el fin de establecer su naturaleza.

La epistemología del diagnóstico de enfermería, fue presentado por primera vez por V.Fry, posteriormente transcurrieron varios años, hasta que este oficializado. Sin embargo, durante este periodo, las instituciones de formación, instituciones de profesionales, entre otras, asociaciones de enfermeras, etc. Fueron paulatinamente, tomando en cuenta este proceso. En 1973, la First National Conference, patrocinada por la Saint Louis University School of Nursing and Health Professions identifico el Diagnóstico de Enfermería y dio lugar a su reconocimiento. Este acontecimiento, favoreció el empleo y desarrollo de este concepto, celebrándose periódicamente conferencias, y otras actividades en las cuales se fue perfeccionando y ampliando su contenido. En 1980, la declaración de política social de la Asociación de Enfermeras Americas (ANA), definió la enfermería como: El Diagnóstico y tratamiento de la respuesta humanas los

problemas de salud reales y potenciales. Esta definición fue valorada e integrada al concepto legal para definir la práctica de Enfermería.

En 1982, se creó la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), con la participación de Enfermeras de Estados Unidos y Canadá. En función a sus objetivos, esta institución definió y elaboró una taxonomía de los Diagnósticos de Enfermería. En 1990, fue aprobada la definición oficial del Diagnóstico de Enfermería en la Asamblea General del Noveno Congreso de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). esta definición, menciona:

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.

En función a sus objetivos esta organización ha continuado con la construcción de terminología de Diagnóstico de Enfermería, en relación a los modelos de Enfermera.

Wiley-Blackwell, en su libro *Nursing Diagnoses 2015- 2017* cita 235 diagnósticos apoyados por sus definiciones así como sus factores de riesgo.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

La aplicación de los Diagnósticos de Enfermería considera el problema real, el de riesgo o potencial y de bienestar o disposición como resultado de un esfuerzo deliberado.

El problema es real si está presente el problema de riesgo o potencial cuando todavía no se presenta, considera factores de riesgo. Si no existe problemas el diagnóstico es de bienestar, porque se trata de procesos vitales presentes, si el diagnóstico de bienestar todavía no está presente, pero existen condiciones para lograrlo, toma el nombre de diagnóstico de disposición.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

REAL	RIESGO POTENCIAL	O BIENESTAR O DISPOSICION
Lactancia Materna Ineficaz	Riesgo a lactancia Materna Ineficaz	Lactancia materna Eficaz Disposición para la lactancia materna eficaz

Fuente: Conferencia Mg Gloria Cortez Cuaresma .Hospital Arzobispo Loayza 2010.

En los diagnósticos reales, la causa u origen de los diagnósticos, se refiere al factor relacionado que puede ser determinante o condicionante, el primero si la causa es directa y el segundo si la causa es indirecta, de igual manera en los diagnósticos de riesgo, los factores de riesgo pueden ser condicionantes o determinantes.

8.2.12 PLANIFICACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

3ra etapa: Planificación del cuidado de enfermería planificar significa prever, prevenir y programar actividades, que la enfermera realizara en su accionar durante su jornada para el cumplimiento de objetivos. (5)

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

Es la evidencia de la programación del proceso de atención de enfermería, el plan de cuidados consiste en identificar el diagnóstico, de enfermería programar las intervenciones (N.I.C.) y los resultados esperados (N.O.C.) ordenando y priorizando las mismas. (5)

PROCESO DE PLANIFICACION

Este proceso inicia al establecer el Diagnóstico de Enfermería por prioridad; para la misma debemos tener en cuenta tres prioridades:

Prioridad Alta.-Cuando son de prioridad inicial por el riesgo vital Ejemplo; limpieza ineficaz de vías aéreas.

Prioridad Media.-Cuando deriva en retraso o causa alteraciones físicas Ejemplo: Afrontamiento familiar inefectivo.

Prioridad Baja.-Cuando surge de necesidades normales o requiere de apoyo mínimo de enfermería ejemplo: Lactancia materna eficaz.

Las prioridades no son fijas van cambiando a medida que pasa el tiempo o en el cambio de turno.

8.2.13 EJECUCION O INTERVENCION

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.

El personal de enfermería debe considerar las actividades independientes este accionar debe corresponder al 70%(NIC) son intervenciones diseñadas

por las propias enfermeras Ejemplo: cambios de posición etc. El resto que corresponde al 30% son actividades interdependientes, actividades diseñadas con otros profesionales, Ejemplo: Interconsultas etc. Indica Cortez Castillo en su texto Guía para elaborar NANDA, NIC y NOC.

CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- 1.-El plan es individualizado con un enfoque o factor relacionado.
- 2.-El plan se enfoca en las fuerzas y debilidades del cliente.
- 3.- La planificación es individualizado por la necesidad y urgencia del estado del paciente.

COMO SE ELABORA LA EJECUCION / INTERVENCION DE ENFERMERIA

- 1.-Preparacion: consiste en las consideraciones que debemos tener en cuenta antes de la ejecución propiamente dicha.

Revisión de las intervenciones.

Análisis de los conocimientos y habilidades necesarias.

Reconocimiento de complicaciones potenciales.

Preparar los recursos necesarios.

Preparación del entorno adecuado y seguro.

2.-INTERVENCION PROPIAMENTE DICHA

Las intervenciones de enfermería son validadas y reconocidas mundialmente para la resolución de un diagnóstico de enfermería

Para realizar la ejecución debemos considerar 3 etapas

1ra Etapa

.Ejemplo:

Preparación para la intervención del primer diagnóstico del ej.00162
Disposición para mejorar la gestión de su propia salud.

Preparar el equipo de inyectables para administrar la insulina.

2. Preparar el ambiente para la educación y coordinar o enviar a nutrición la iniciación sobre la dieta diabética.

3. Preparar el material para el control de glicemia y hemogluco test.

2da Etapa

Se refiere a la intervención del primer diagnóstico planteado ej. Disposición para mejorar el régimen terapéutico.

1. Administrar 5 UI de insulina NPH 5:30 pm.

2. Supervisar el consumo de dieta para diabético

3. Control de glicemia 10 pm.

4. Control de Glicemia 6 am.

5. Administrar insulina antes del desayuno (35UI NPH) 7:00 am, 10UI C 7:00am.

6. Administrar insulina C 10 UI antes del almuerzo 12:30 pm.

7. Control Hemogluco test: 2:00pm

8. Brindar educación diabeto lógica para el auto control.

3ra Etapa

Se refiere a la documentación: se presenta el S.O.A.P.I.E. del primer Diagnóstico ej. Disposición para mejorar el régimen terapéutico.

S: La paciente refiere: antes de comer deben de ponerme la insulina.

O: Se observa que consume sus alimentos y solicita que la enfermera le administre insulina. Según Expediente Clínico el tratamiento farmacológico es: insulina NPH 35UI 30 min. Antes del desayuno; insulina NPH 5 UI 30 min. Antes de la cena, insulina C 10 UI antes del desayuno; insulina C 7 UI 30 min. Antes del almuerzo.

A: Disposición para mejorar el manejo de régimen terapéutico relacionado con riesgo de incumplimiento del tratamiento farmacológico y dietético.

P: La paciente será capaz de cumplir con el régimen terapéutico durante su hospitalización.

I: Administra 5 UI de insulina NPH5:30 pm
Supervisar el consumo de dieta para diabético.
Control de glicemia cada 8 horas.
Glicemia 110 mg /dl.

8.2.14 EVALUACION

5ta etapa, conocida como la evaluación de los resultados esperados, es una actividad planeada que consiste en la medición del progreso del paciente y la eficacia de la intervención de enfermería. (5)

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE ENFERMERIA

La evaluación es continua y sistemática.

La respuesta del paciente a la intervención de enfermería se mide y documenta.

Se evalúa la efectividad de las intervenciones en base a los objetivos.

Se utiliza los datos de la evaluación para revisar diagnóstico, objetivos y planes según necesidad.

El paciente la familia y el personal de salud participan en el proceso de evaluación, cuando la enfermera considere conveniente.

La evaluación debe servir como base para afianzar, modificar y abandonar los cuidados planeados considerando los resultados.

En la evaluación se comparan los resultados con las intervenciones realizadas para determinar si se lograron los objetivos y resultados esperados.

TIPOS DE EVALUACION DE ENFERMERIA

Evaluación continua: se realiza inmediatamente después de la intervención, donde se busca las modificaciones puntuales.

Evaluación intermitente: se realiza a intervalos determinados (semanas) buscar corregir deficiencias

Evaluación final: Se realiza en el momento que el paciente ha sido dado de alta. Busca evaluar la capacidad de la persona para cuidarse con respecto al cuidado de seguimiento.

La evaluación del cuidado de enfermería se realiza en base al NOC que significa la clasificación de los resultados esperados.

MARCO SEMANTICO

8.3.1 CALIDAD

Para generar una cultura de calidad en la atención en salud, ha encontrado en abadís Donabedian su más reconocido exponente, quien en 1984, la

define como: **lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente.**

Palmer RH, 1989 de la Universidad de Harvard, amplía la definición como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y equitativos y logre la adhesión y satisfacción del usuario.

Alrededor de los años 60 en Latinoamérica se implementa la cultura de la calidad .siendo México el iniciador, sin embargo desde el 8 de agosto 2005 en Bolivia se cuenta con legislaciones sobre el ejercicio profesional como ley promulgada. Donde incluye esta actividad como obligatoria en todos los estamentos del Sistema Nacional de Salud.

8.3.2 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

En la práctica clínica la calidad se determina por los servicios de cuidados que brinda el personal de Enfermería hacia el paciente manteniendo el bienestar de la salud que comprende la asistencia en base al avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades del paciente.

La comisión interinstitucional define la calidad de los servicios de enfermería como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente en base a estándares definidos para una práctica competente y responsable.

8.3.3 CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

Un buen registro de enfermería, debería ser aquel que recoja la información de manera secuencial que permita al otro profesional continuar con la

atención de manera cíclica y asumir sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

8.3.4 DEFINICIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA

Cualquier registro o dato escrito o impreso que sirve de una prueba para personas autorizadas, que refleja la calidad del cuidado que brinda la enfermera proporcionando una evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo de salud.

Propósito de la documentación

Comunicación

Educación

Valoración

Auditorias

Planificación de los cuidados de salud

Facturación

Comunicación.-Permite contribuir a los cuidados brindados al paciente. Incluye debates, educación etc, refleja la continuidad, la coherencia, planificación, del alta y las respuestas del cliente.

Educación.-Registro educativo donde se aprende sobre diagnósticos y tratamientos.

Valoración.-Fuente de dato del examen físico y los resultados del laboratorio.

Investigación.-Contienen datos estadísticos referentes al tratamiento médico, recuperación de la enfermedad, éxito en el tratamiento o mortalidad.

Auditorias.-Para el análisis de los cuidados de salud referentes a la evaluación sobre los cuidados ofrecidos al cliente.

Planificación de los cuidados de enfermería.- Permite planificar la actividad que se realizara en beneficio del cliente.

Facturación.- Para el reembolso económico, sobre los servicios prestados al cliente.

8.3.5 FINALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

La finalidad de los registros es proporcionar información, sobre una imagen global del estado de salud del paciente .Además, permite la comunicación de la continuidad del trabajo a todo el equipo de enfermería y personal de salud en general.

8.3.6 IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS

Al quedar plasmadas las escrituras en los registros de Enfermería sobre los elementos más importantes sobre el Proceso de Atención de Enfermería en los documentos clínicos que maneja.

El registro de Enfermería permite a la enfermera personalizar a cada paciente para que la atención sea integra así como la continuidad en su atención desde que ingresa hasta el alta médica u hospitalaria. Además, brinda conocimientos referentes a los componentes demográficos como: mortalidad, natalidad etc. Permite conocer, cobertura, concentración, perfil epidemiológico, complicaciones intra hospitalarias etc.

En el aspecto gerencial permite conocer fuentes de atención disponibles, consumo, costo de la atención mediante los registros. En la parte de investigación permite el estudio de manejo de casos específicos, ampliación de protocolos, manuales, guías ejecutados durante la atención del paciente

Contribuye de gran manera en la gestión de calidad permitiendo el control de la mejora continua en la atención innovando técnicas y métodos de trabajo.

Es la evidencia objetiva para situaciones de implicaciones administrativas o legales.

8.3.7 UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

1. Son útiles para la toma de decisiones respecto al estado de salud del paciente.
2. Es un documento legal, medio probatorio en un problema judicial.
3. Sirve para saber el costo sanitario, de prestaciones que se brindó para la atención del cliente.
4. Mediante los registros se puede conocer la naturaleza de la patología con la que cursa el cliente, y sirve de información a los estudiantes.
5. En la parte de investigaciones, sirve por los datos que contienen los registros.
6. Los registros sirven para evaluar la calidad de atención prestada en un establecimiento de salud.

8.3.8 DIRECTRICES PARA LA DOCUMENTACIÓN

Real.-La información debe ser descriptiva, objetiva sobre lo que la enfermera ve, escucha, palpa y huele.

Exactas.-Debe ser descriptivo, escribir palabras correctas para evitar malas interpretaciones, anote claramente lo que se hizo y quien lo hizo Ejemplo; ingesta 200ml de agua

Completas.-Registro conciso apropiado y total sobre el cuidado realizado hacia el cliente, Ejemplo los pulsos pedios presentes y bilaterales. Se aplicó hielo y medicamentos para el dolor.

8.3.9 CARACTERISTICAS DE UN REGISTRO DE CALIDAD

Para considerar un registro de calidad en enfermería, existen condiciones que deben ser cumplidas, a continuación mencionaremos algunas:

Debe existir el registro de la actividad de planificación así como la prestación del cuidado que se brinda al paciente.

Los registros deben ser eficaces, efectivos y eficientes.

Los criterios que se consideran para la evaluación de la calidad es la respuesta a las necesidades del proceso asistencial donde se garantiza la calidad científico –técnica, la satisfacción del paciente y del mismo personal de salud.

A continuación citaremos algunas preguntas para su mejor entendimiento metodológico.

¿POR QUE REGISTRAR?

Por Responsabilidad Jurídica. La Historia clínica es el documento testimonial de nuestro accionar, ante una autoridad judicial. Y debemos registrar al menos: la evolución planificación de los cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el grafico de constantes.

Por Razones Asistenciales. Los registros de toda la información referente a la atención del paciente, contribuirá a la mejora de los cuidados que se brinden y constatará la continuidad del cuidado, muy independiente mente del profesional que le atiende.

Para La Investigación. La información proporcionada de las historias clínicas puede ser base para trabajos de investigación en enfermería, proporcionar datos para el análisis estadístico para la evidencia científica y la mejora de los cuidados.

Para Gestión. Los registros permitirán a los gestores determinar la carga de trabajo y la adecuación de los recursos asistenciales.

Para Formación y Docencia. Los registros de las historias clínicas son fuente de información para los alumnos en su propia formación.

¿PARA QUE REGISTRAR?

En el marco de cumplir con el imperativo legal.

Mejorar la calidad (los buenos registros mejora la calidad en la atención prestada).

Mejorar la metodología: Un lenguaje común entre los profesionales, favorece la evolución y la mejora de la calidad asistencial y su continuidad.

Para disminuir la variabilidad de los cuidados.

Permite la investigación y docencia.

¿CUANDO HAY QUE REGISTRAR?

En todos los espacios de atención del conjunto de actos que se realizan en los procesos asistenciales.

El registro debe iniciarse cuando inicia la valoración inicial al paciente y posteriormente en todo el proceso de la atención. Debemos tener en cuenta que lo que no se registra no existe.

¿COMO HAY QUE REGISTRAR?

En el formato de papel, escribir de forma legible y ordenada, evitando abreviaturas, tachaduras, etc.

Utilizando una metodología de trabajo común normalizando el trabajo enfermero. Como el proceso de atención de enfermería (valoración de NANDA, NOC Y NIC.) que permitirá un sistema de lenguaje común y facilite la comunicación entre el personal de enfermería.

Estandarizando planes y cuidados.

¿CUANTO REGISTRAR?

Registrar de manera clara y concisa.

La información de los cuidados recabada, debe ser precisa referente al estado de salud del paciente que permita la óptima planificación, su revisión y la mejora del plan de cuidados.

Evitar la repetición de datos.

Adecuar el registro a los tiempos de trabajo.

Registrar todo lo que precisemos comunicar, para permitir la continuidad en el cuidado.

El registro debe ser sin prejuicios ni divagaciones. Identificando a las personas que intervienen en el acto.

¿QUIEN DEBE REGISTRAR?

Los profesionales en salud tienen el deber de registrar adecuadamente la documentación asistencial o administrativa que guarde relación con los procesos clínicos.

Los registros que realiza el personal de enfermería Son anotaciones elaboradas por la enfermera que contienen información verídica del proceso de atención de enfermería, que evidencia con exactitud toda la asistencia profesional brindada al paciente .Esta estructurada según norma SOAPIE (registros orientados al problema).

8.3.10 DEFINICIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA -SOAPIE

Método sistemático de registros de las intervenciones, observación y evaluación que realiza la enfermera.

REGISTROS –DOCUMENTOS EN SALUD

La Comisión on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO(1992), cit

Que los Diagnósticos de Enfermería en base a las necesidades del cliente, intervenciones y los resultados de los pacientes estos datos deben recogerse permanentemente en un sistema informático, dependiendo de la

institución donde trabaje, entendiendo que cada institución tiene su norma establecida.

8.3.11 NORMAS DE JCAHO

Dicha norma indica parámetros para la documentación de enfermería basados en la valoración del cliente considerando los factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos etc. Además, de mencionar que los cuidados de Enfermería se basen en el Diagnóstico de Enfermería identificado en la NANDA. Donde los Registros de Enfermería incluirán la valoración inicial y revaloraciones, diagnósticos de Enfermería real y potenciales y la planificación que incluirá las intervenciones realizadas y los resultados esperados.

8.3.12 HERRAMIENTAS PARA EL REGISTRO DE ENFERMERIA

La profesional de enfermería para realizar su trabajo en forma sistemática, metodológica y científica, asume como herramienta de trabajo la utilización de los diagnósticos de Enfermería estandarizados que son, NANDA, NIC y NOC. Que optimiza al Proceso Enfermero. Bajo la óptica educativa se conoce como las tres (N) o lenguaje NNN (NANDA, NOC Y NIC), esta metodología al momento se está haciendo más espacios y ganando más sitios. Ejemplo: la taxonomía NIC que representa las intervenciones terapéuticas de Enfermería realizadas hacia el paciente, familia y su entorno. Estas actividades son plasmadas en los Registros de Enfermería, también deben contemplar la intervención holística. La sigla NOC (es la clasificación de los resultados de enfermería) que reporta como esta en cliente después de una intervención de enfermería.

8.3.13 AUDITORIA EN SALUD,-“Es un procedimiento de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades

del sector salud. Estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento". Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría-MSD Bolivia.

8.4 MARCO LEGAL

La sustentación jurídica para el estudio está fundamentada en la constitución política del estado, en el artículo 35, parágrafo I establece que: el estado, en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos.

Bajo este anunciado podemos decir que identificando los factores que determinan la calidad en el registro de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, coadyuvaremos para la mejora continua en la atención de salud.

En lo que se refiere a la parte del Código de Salud, en su artículo 125 indica que para el ejercicio de la enfermería se tiene que tener formación académica, por tanto debe tener conocimiento pleno sobre el Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación ya que en la Normativa de Calidad del Servicio Departamental de Salud toman los criterios del P.A.E. para la evaluación en un servicio de salud.

Considerando como fundamento legal, el estado mediante la ley de Autonomías y Descentralización Nro. 031 del 19 de julio del 2010 en su artículo 81 párrafo III inciso C y D determinan que los hospitales de Tercer Nivel, están bajo la jurisdicción administrativa institucional de las gobernaciones, por tanto el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría está bajo la tuición del Gobierno Departamental de La Paz.

Para realizar la siguiente investigación se solicitó el permiso correspondiente a Jefatura de Enseñanza y Jefatura de Enfermería del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. (VER ANEXO)

9.-VARIABLES

Variables Dependientes

Calidad de registros de enfermería.

Conocimiento sobre S.O.A.P.I.E. y P.A.E.

Variables Independientes

Edad

Genero

Grado de instrucción

Experiencia laboral

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEFINICION DE VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Es la diferencia que existe entre el hombre y la mujer determinada por características.	Genero	Masculino Femenino	Nominal
Del Latín Aetos, permite hacer mención del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad	De 25ª 30 años De 31 a 35 años De 36 a 40 años Más de 40 años	Intervalo
Es el grado más elevado de estudios realizado o un curso.	Grado de instrucción más alto	Licenciada Especialista Magister Otros.....	Ordinal
Es el tiempo transcurrido en un área específica desempeñando su labor como enfermera.	Años de servicio como Enfermera.	Menor de 5 años De 6 a 10 años De 11 a15 años Más de 15 años	Intervalo
Es el conjunto de conocimiento y aptitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un tiempo	Experiencia laboral en el área (terapia intensiva)	De 1 a5 años De 6 a 10 años De11 a 15 años Más de 15 años	Intervalo

determinado.			
Literatura científica sobre el Registro basado en problemas.	Características cognitivas sobre el S.O.A.P.I.E.	Conocimiento Aplicación Capacitación	Nominal
Instrumento científico que engloba la filosofía de la enfermera.	Características cognitivas sobre el Proceso Enfermero	Conocimiento Aplicación Disponibilidad de protocolos Capacitación	Nominal
Es la distribución de pacientes en base al grado de criticidad, en forma equitativa.	Actividad del trabajo(distribución de pacientes)	Escalas de distribución(TISS 28) Por antigüedad Disponibilidad del personal	Nominal
Calidad de Registros de Enfermería. Documento que recoge la información suficiente, con claridad, veraz con exactitud y confiable que permita que otra enfermera asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.	Significativas	Valor y relevancia	Nominal
	Oportunas y continuas	Refleja los acontecimientos suscitados	Nominal
	Legibles comprensibles	Letra clara de fácil comprensión	Nominal
	Terminología científica	Usa términos médicos	Nominal
	Abreviaturas y unidades de medidas universales	Abreviaturas universales	Nominal
	Borrones y tachones	Tachones con corrector	Nominal
	Orden	Acontecimiento	Nominal

cronológico.	con su respectiva hora	
Uso de color de lapicero de acuerdo al turno.	Utiliza colores correspondientes a cada turno.	Nominal
Coloca firma	Firma del personal	Nominal
Coloca sello	Sello del profesional	Nominal
Registra la Valoración subjetiva y objetiva	Datos subjetivos y objetivos del paciente	Nominal
Diagnóstico de enfermería	Formulación del diagnóstico de enfermería	Nominal
Planificación	Planea la atención de enfermería	Nominal
Ejecución evaluación	Registra las intervenciones realizadas. Evaluar al paciente: después de la intervención.	Nominal Nominal

CAPITULO III

10. DISEÑO METODOLOGICO

10.1. TIPO DE ESTUDIO

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

Cuantitativo.-Es aquella donde se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables, estudiando la asociación o relación entre las variables cuantificada.

Trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generación y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede (2)

Descriptivo.- donde se describen situaciones, hechos y eventos, podemos decir cómo se manifiesta determinado fenómeno.

Son estudios que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Danhke, 1989).miden, evalúan y recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En otras palabras describir es recolectar datos. (1)

De corte transversal.- Porque el estudio se realiza en un determinado momento.

10.2 METODO DE INVESTIGACION.-

Para realizar la investigación y la recolección de información se utiliza dos instrumentos de recolección de datos.

Encuesta para caracterizar al profesional de Enfermería, en base al perfil demográfico, epidemiológico: profesionales, cognitivas (nivel de conocimiento del Proceso Enfermero y S.O.A.P.I.E.) y laborales.

Ficha de chequeo para medir la calidad de registros de enfermería de diferentes turnos (mañana, tarde, noche y fines de semana).

10.3. UNIVERSO

La población de referencia comprende:

1.-Todas las Enfermeras que trabajan en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

2.- Todos los Registros de la Hoja de Enfermería que realizan las profesionales en Enfermería de pacientes internados durante el último trimestre de la Gestión 2015.

10.3.1 MARCO MUESTRAL

1.- Se realizara un muestreo de tipo no – probabilístico en conglomerados a demanda, es así que tenemos como sujetos de investigación a 16 Enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico, del Hospital del Niño que son la totalidad de funcionarias a nivel Licenciatura que trabajan en este servicio.

Las personas seleccionadas nos permitirán establecer si en su desarrollo laboral existen factores que influyen para la calidad de registros de la hoja de Enfermería que llenan a diario.

2.-Respecto a la selección del Expediente Clínico (Hoja de Registros de Enfermería), se realizara mediante el método de muestreo aleatorio simple, se seleccionaran los registros de Enfermería por igualdad, de tal forma que todas las muestras posibles tengan la misma posibilidad de ser seleccionados. Se toma como muestra considerada para este estudio a 73 registros de Enfermería, con un nivel de confianza del 95%. Utilizando la fórmula de muestreo para población infinita.

Dónde:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2}$$

- N = Total de la población
- Zα= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (5%).

$$(1.96)^2 * 0.05 * 0.95$$

$$n = \frac{\text{-----}}{0.052} = 73 \text{ registros}$$

CRITERIOS DE INCLUSION PARA LA LICENCIADA EN ENFERMERIA.

- Enfermeras a nivel de Licenciatura y/o Especialidad o Maestría.
- Enfermeras con antigüedad de 1 mes en el servicio.
- Todas las Enfermeras que den su consentimiento.
- Enfermeras que trabajen en la Unidad de Paciente Crítico.

CRITERIOS DE EXCLUSION PARA LA LICENCIADA EN ENFERMERIA

Aquel que no cumple el criterio de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION PARA LA REVISION DE DOCUMENTACION

Registros de la Hoja de Enfermería comprendidos en el periodo de estudio.
Expedientes Clínicos que incluyan Hojas de Enfermería.

CRITERIOS DE EXCLUSION PARA LA REVISION DE DOCUMENTACION

Aquel que no cumple el criterio de inclusión.

DELIMITACIÓN ESPACIO – TEMPORAL

La Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría dependiente de la prefectura de La Paz que atiende a todos los Enfermos Críticos potencialmente reversibles, independientemente del sistema afectado o la especialidad de procedencia.

PROCESAMIENTO DE DATOS

El análisis estadístico fue ejecutado por la investigadora con asesoría externa.

Los datos se recopilaron en el sistema SPSS.

Se entrevistaron y encuestaron a 16 enfermeras que trabajan en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, la aplicación de lista de chequeo con 19 ítems aplico a 73 informes y reportes de Enfermería para determinar los factores influyentes para la Calidad de los Registros de Enfermería.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Características Epidemiológicas

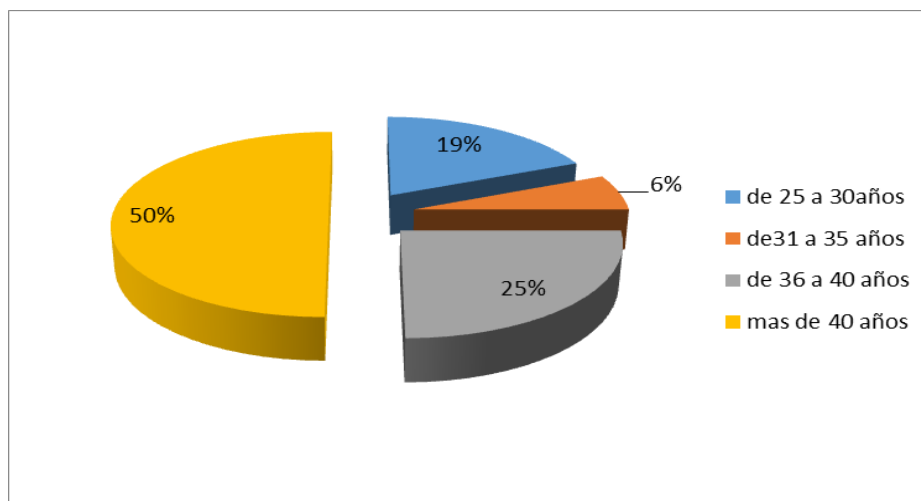
Tabla 1 Distribución por edad de las Enfermeras en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria.2015

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad (rangos)		
De 25 a 30 años	3	18.8%
De 31 a 35 años	1	6.3%
De 36 a 40 años	4	25%
Más de 40 años	8	50%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nro. 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS ENFERMERAS EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO, DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR OVIDIO ALIAGA URIA, GESTION 2015.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Los rangos de edad del personal de Enfermería de la UPC varían, con predominio de más de 40 años (7 personas) que corresponde al 50%, seguido de 36 a 40 años (4 personas) que corresponde al 25%, estos fueron los grupos de edad predominantes, mientras que 3 personas pertenecían al grupo de 25 a 30 años y una persona en el grupo de 31 a 35 años. (Ver Gráfico Nro. 1)

Características Epidemiológicas

Experiencia Profesional

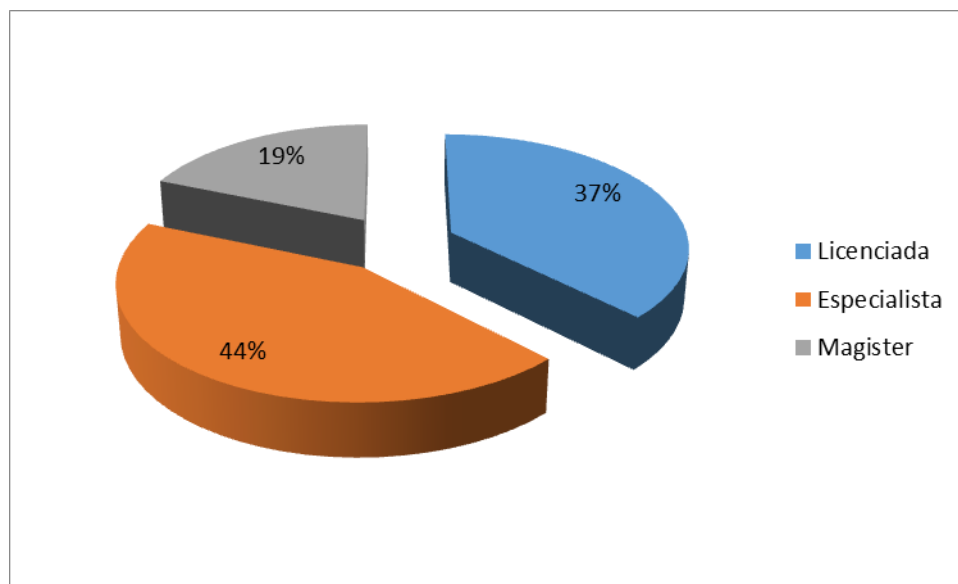
Tabla Nro. 2. Distribución de las Enfermeras según el grado de instrucción en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio aliaga Uría 2015.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grado de instrucción más alto obtenido		
Licenciada	6	37.5%
Especialista	7	43.8%
Magister	3	18.8%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nro2

DISTRIBUCION POR GRADO MAS ALTO OBTENIDO DE LAS ENFERMERAS DE PACIENTE CRÍTICO DEL HOSPITAL DEL NIÑO GESTION 2015



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Mayoría del personal tiene un grado mayor al nivel Licenciatura ,10 personas de las encuestadas alcanzaron el nivel de Post Grado (Especialista y Magister) que corresponde al 62.6%, seguido de 6 personas que tienen el grado de Licenciatura. (Ver Gráfico Nro. 2)

Características Epidemiológicas

Características Profesionales

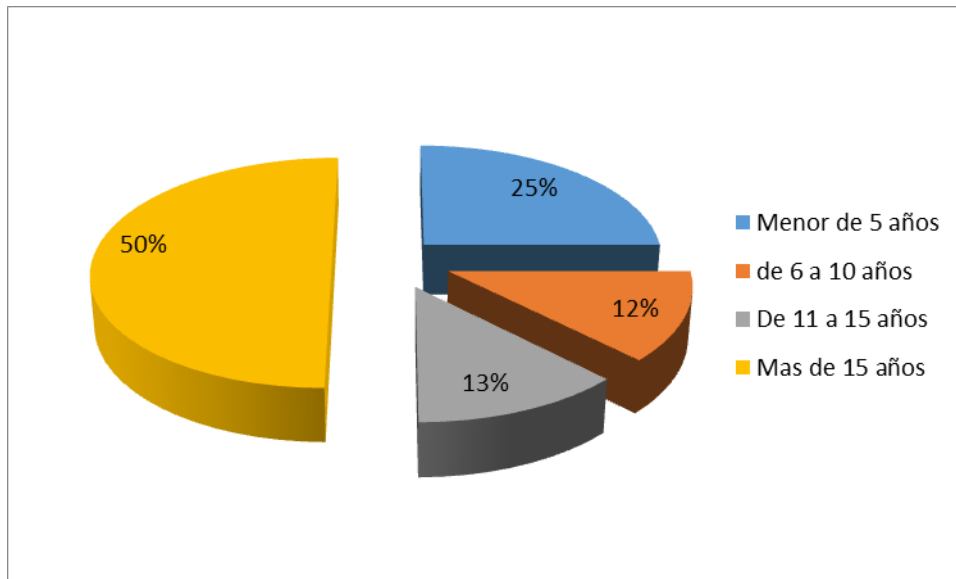
Tabla Nro. 3. Distribución del personal de Enfermería según el tiempo de Ejercicio Profesional, en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría 2015.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Experiencia laboral		
Menor de 5 años	4	25%
De 6 a 10 años	2	12.5%
De 11 a 15 años	2	12.5%
Más de 15 años	8	50%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nro. 3

¿CUANTO TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL TIENE?



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se observa en el cuadro correspondiente que el 50 % (8 personas) del personal de Enfermería cuenta con más de 15 años de ejercicio profesional, de 1 a 5 años con el 25 % (4 personas), seguidos de 6 a 10 años, de 11 a 15 años ambos con comportamientos similares que corresponde al 12.5%. (Ver Gráfico Nro. 3)

Características Epidemiológicas:

Características profesionales

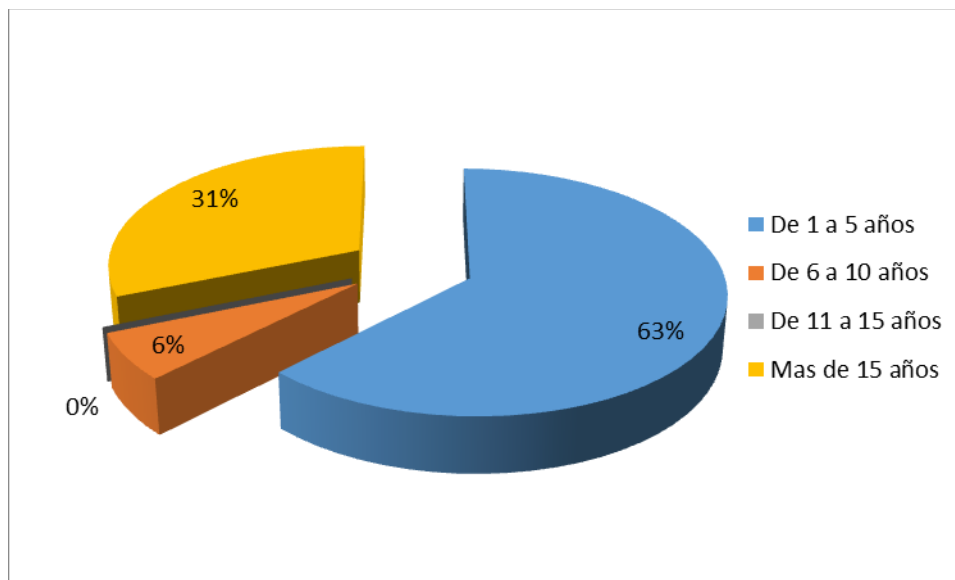
Tabla Nro. 4 Distribución del personal de Enfermería según su experiencia laboral en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría 2015.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Experiencia laboral en la UPC.		
De 1 a 5 años	10	62.5%
De 6 a 10 años	1	6.3%
De 11 a 15 años	0	0%
Más de 15 años	5	31.3%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia

¿CUANTO TIEMPO TRABAJA EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRITICO?

GRAFICO Nro. 4



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación: La mayoría del personal de Enfermería que trabaja en la UPC corresponde a un tiempo menor a 5 años representa el 62.5% (10 persona). seguido de más de 15 años correspondiente al 31.3% (5 personas) respectivamente y 1 persona de 6 a 10 años.(Ver Gráfico Nro. 4).

Características Cognitivas de la Población Estudiada

Tabla Nro. 5 Conocimiento del Registro Basado en Problemas SOAPIE por el personal de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría 2015.

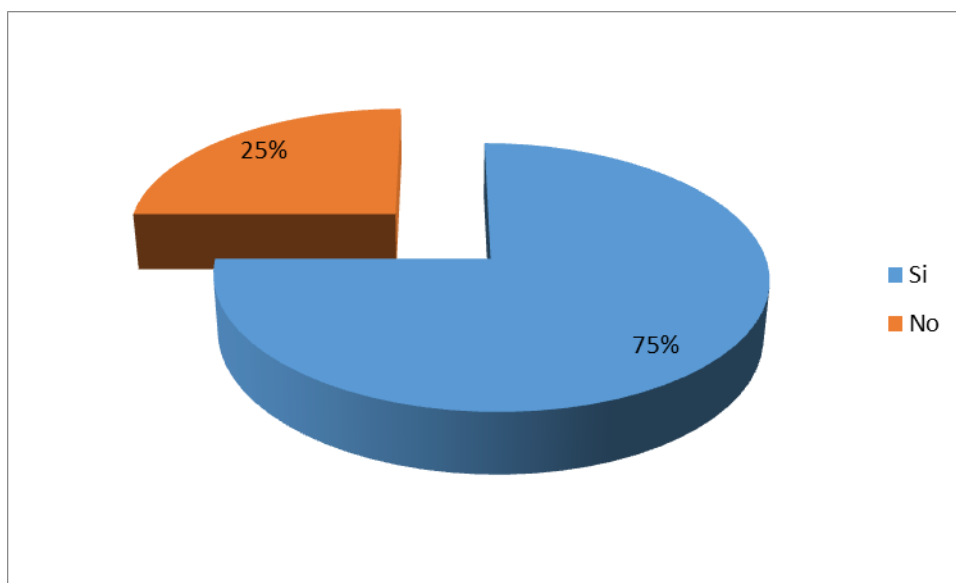
Conoce usted los Registros de Enfermería Basada en Problemas S.O.A.P.I.E.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento		
Si	12	75%
No	4	25%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO Nro. 5

¿CONOCE USTED LOS REGISTROS BASADOS EN PROBLEMAS S.O.A.P.I.E.?



Fuente: Elaboración Propia

Interpretaciones.-El 75 % (12 enfermeras) de las personas encuestadas dice conocer el S.O.A.P.I.E. El 25 %(4 personas) de la población manifiesta no conocer este tipo de registro. (Ver Tablas Nro. 5)

Características Cognitivas de la Población Estudiada

Tabla Nro. 6 Aplicación del Registro Basado en Problemas SOAPIE por el personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr Ovidio aliaga Uría 2015.

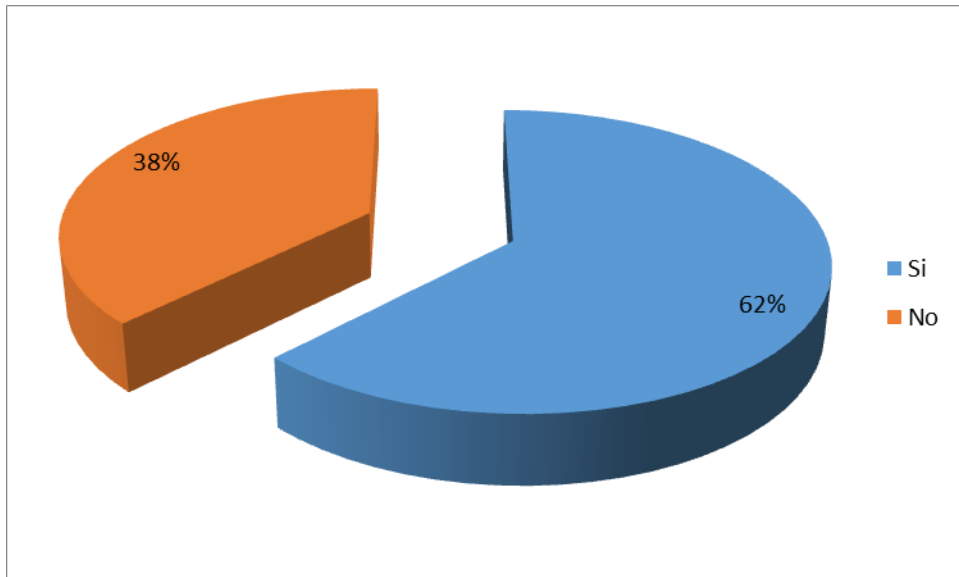
Aplica usted el Registro basado en Problemas SOAPIE, en los Registros de Enfermería que realiza.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Aplicación		
Si	10	62.5%
No	6	37.5%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO Nro. 6

¿APLICA USTED EL REGISTRO EL REGISTRO BASADO EN PROBLEMAS SOAPIE, EN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA QUE REALIZA?



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretaciones.- El 62.5 % (10 Enfermeras) de las personas encuestadas dice aplicar el S.O.A.P.I.E. El restante del personal correspondiente al 37.5%(6 personas) no lo aplica este tipo de registro. (Ver Tablas Nro. 6)

Características Cognitivas de la Población Estudiada

Tabla Nro. 7 Conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería, por el personal de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría 2015.

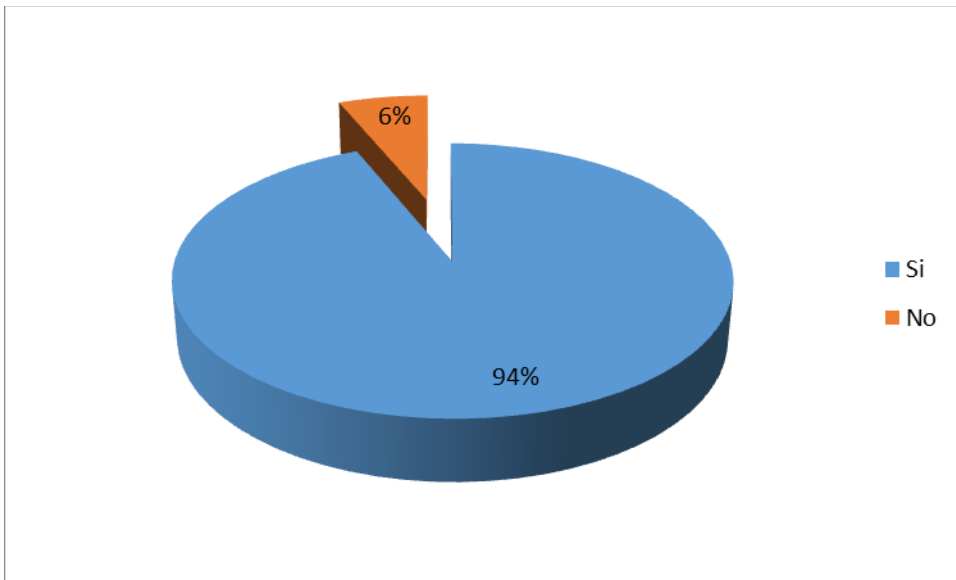
Conoce Usted el Proceso de Atención de Enfermería

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento		
Si	15	93.8%
No	1	6.3%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO Nro. 7

¿CONOCE USTED EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA?



Fuente: Elaboración Propia

Interpretaciones.- El 93.8% (15 Enfermeras) de las personas encuestadas dice conocer el Proceso de Atención de Enfermería y solo una persona dice no conocer. (Ver tabla Nro. 7)

Tabla Nro. 8 Aplicación del método científico PAE, por el personal de Enfermería en la Unidad de Paciente Critico Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría 2015.

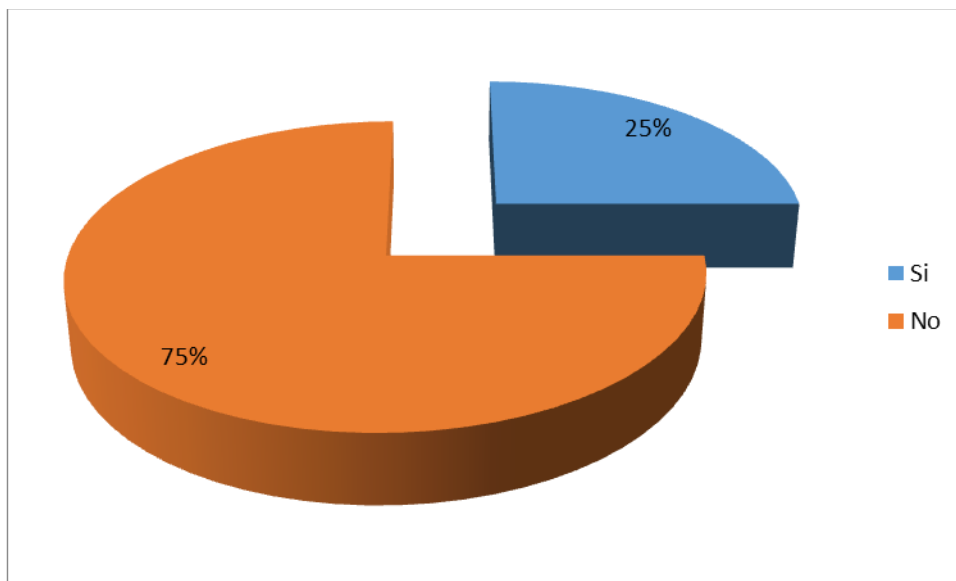
Aplica usted Este Método Científico para el trabajo de Enfermería en su accionar diario.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Aplicación		
Si	10	62.5%
No	6	37.6%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO Nro. 8

¿APLICA USTED ESTE METODO CIENTIFICO PARA EL TRABAJO DE ENFERMERIA EN SU ACCIONAR DIARIO?



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretaciones.-El 62.5% (10 Enfermeras) de las personas encuestadas dice aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y un 37 % no Aplica (6 Enfermeras). (Ver tabla Nro. 8

Características Logísticas y Capacitación

Tabla Nro. 9 Disponibilidad de Trabajos protocolos Manuales para la aplicación del proceso de enfermería en la Unidad de Paciente Critico Hospital del Niño Dr. Ovidio aliaga Uría.

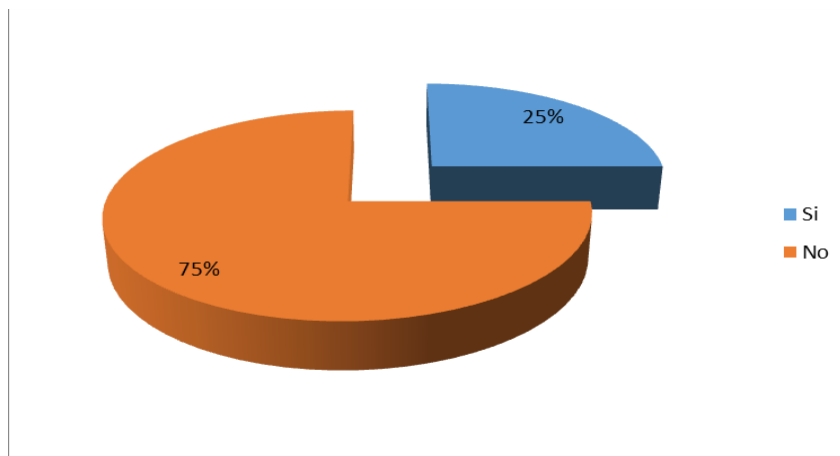
Dispone en su unidad de trabajos, protocolos y manuales que respalden la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	25%
No	12	75%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO Nro. 9

¿DISPONE EN SU UNIDAD DE TRABAJOS, PROTOCOLOS Y MANUALES QUE RESPALDEN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA?



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación.- La mayoría de las encuestadas, respondió que no dispone de estos instrumentos en el servicio corresponde a 75% un 25% indica que dispone de los mismos. (Ver tabla 9)

Tabla Nro10

Capacitación sobre el Proceso Enfermero, en el personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría 2015.

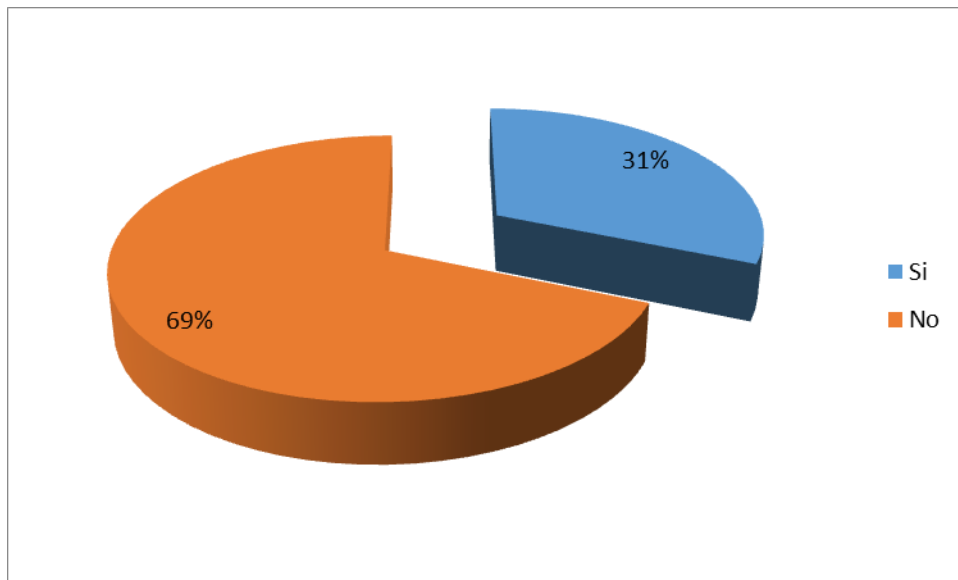
¿Recibe usted talleres de capacitación sobre el Proceso Enfermero?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	31.3%
No	11	68.8%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO Nro10

¿RECIBE USTED TALLERES DE CAPACITACION SOBRE EL PROCESO ENFERMERO?



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación: El 68.8 %(11 Enfermeras) del personal de Enfermería que trabaja en la UPC indica no haber sido capacitada en el PAE y solo (5 enfermeras) indican que fueron capacitadas que corresponde al 31.3%.(Ver tabla10)

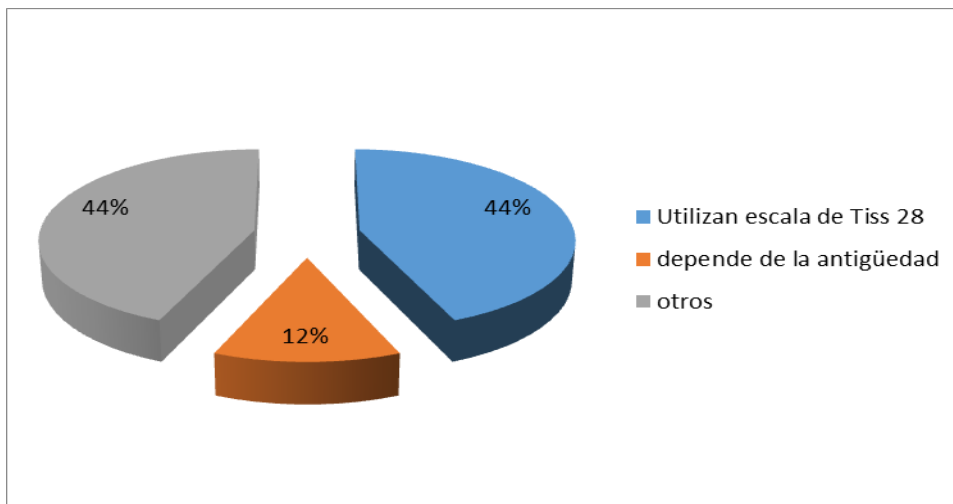
Características laborales

Tabla Nro.11 evaluación de la organización del trabajo en la Unidad de Paciente Crítico.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Organización de trabajo		
Utilizan escala TISS 28 para la relación enfermera paciente.	7	43.8%
Depende de la antigüedad	2	12.5%
Otros	7	43.8%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nro. 11 ¿COMO ES LA ORGANIZACIÓN EN SU UNIDAD DE TRABAJO PARA LA RELACION ENFERMERA PACIENTE?



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación: La organización del trabajo en la Unidad de Paciente Crítico en relación Enfermera/paciente corresponde que el 43.8% (7 personas) aplica la escala TISS 28 y en igual cantidad referente a otros, el restante 12.5% (2 personas) se realiza en base a la antigüedad. (Ver gráfico Nro. 11

GRAFICOS DE FICHA DE CHEQUEO

Tabla Nro.1 Tipificación del Informe de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico, Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipificación del informe de enfermería		
Narrativo	71	97.3%
Basado en problemas	0	0
Informativo	2	2.7%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia

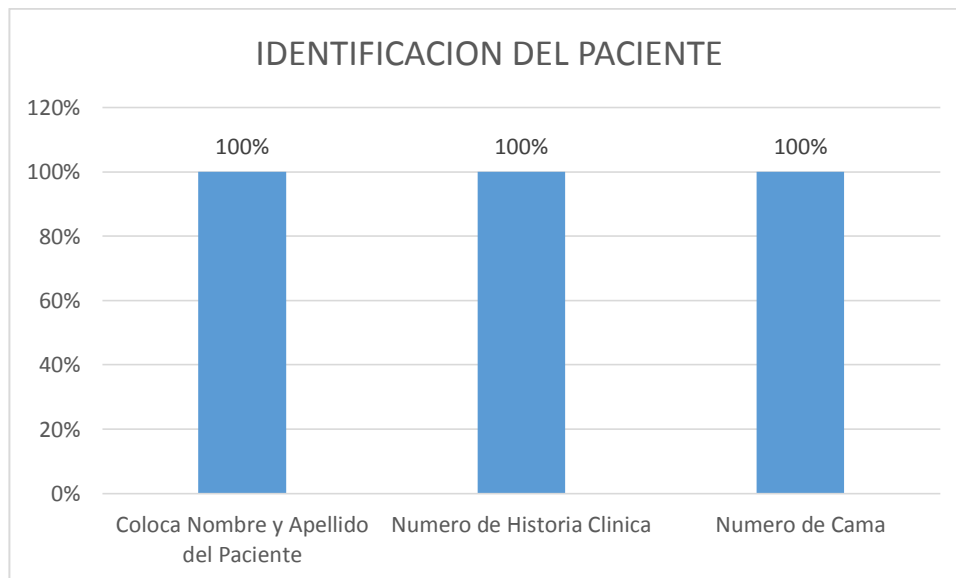
Interpretación.- Como podemos observar en la figura que el 97% de registros de Enfermería corresponde al reporte narrativo, el restante 2.3% es informativo, mostrando así que el Registro Basado en Problemas no se aplica.

Tabla Nro. 2. Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico, correspondiente a Estructura.

VARIABLES	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Coloca Nombre y Apellido del Paciente	73	100%	0	0%
Número de Expedientes Clínicos	73	100%	0	0%
Numero de Cama	73	100%	0	%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación.-El cumplimiento en el Registro de la identificación al paciente en la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico es en su totalidad.

Tabla Nro.3 Ficha de chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico, correspondiente a Estructura

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tiene letra legible y comprensible	52	71.%	21	29.%

Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia.

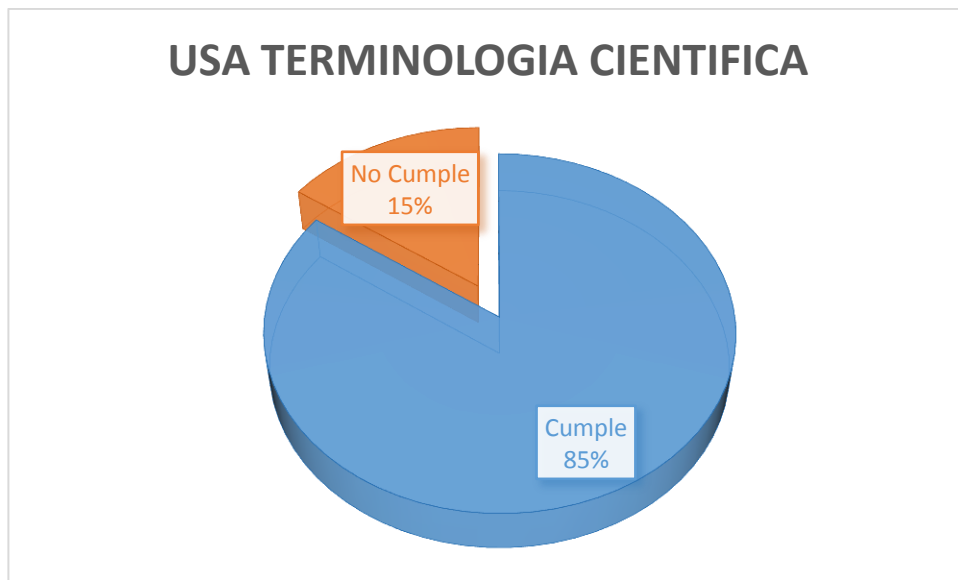
Interpretación.- De los informes de Enfermería revisados el 71% tiene letra legible y comprensible y un 29% que corresponde a 21 informes no cumple con la variable.

Tabla Nro.4 Ficha de chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico, correspondiente a Estructura

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usa Terminología Científica	61	85%	11	15.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia

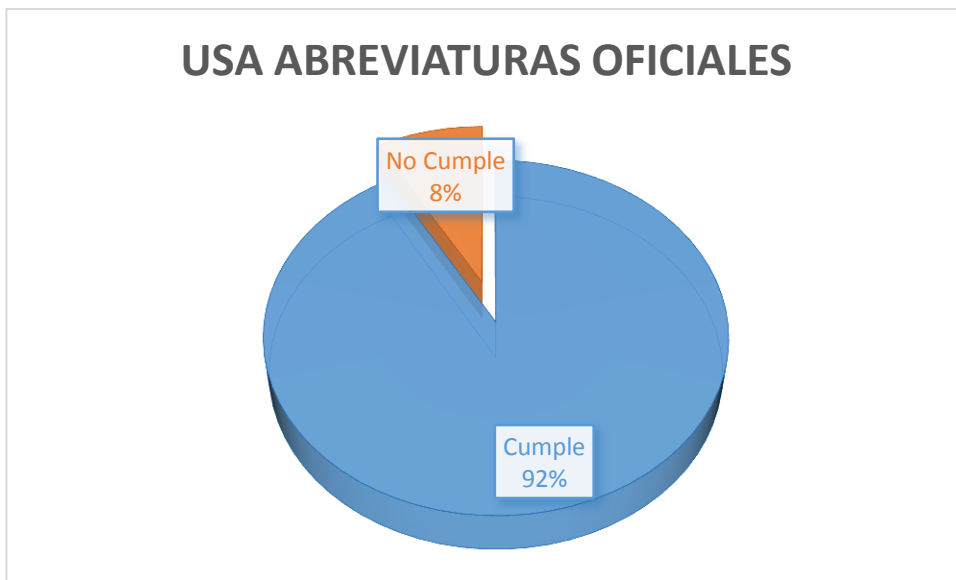
Interpretación: En la gráfica observamos que el 85% cumple con el uso de terminología Científica, por lo consiguiente es la mayoría de los informes revisados.

Tabla Nro. 5 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usa Abreviaturas Oficiales	67	92.0%	6	8.0%

Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia.

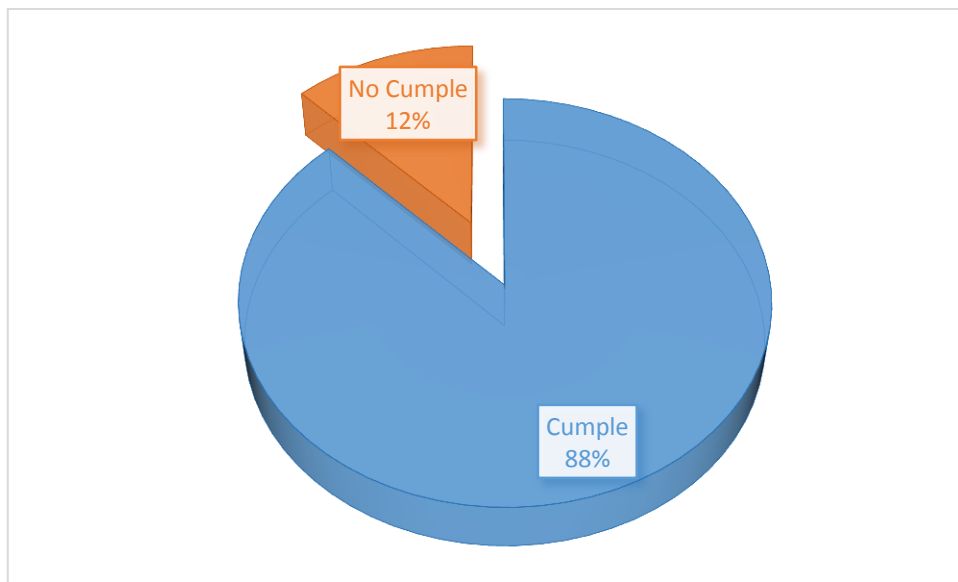
Interpretación.-El Cumplimiento es de la mayoría de los informes 92% (67) y 15% (6) informes que no cumplen.

Tabla Nro. 6 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No deja Líneas en Blanco en el Registro	64	88.0%	9	12.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

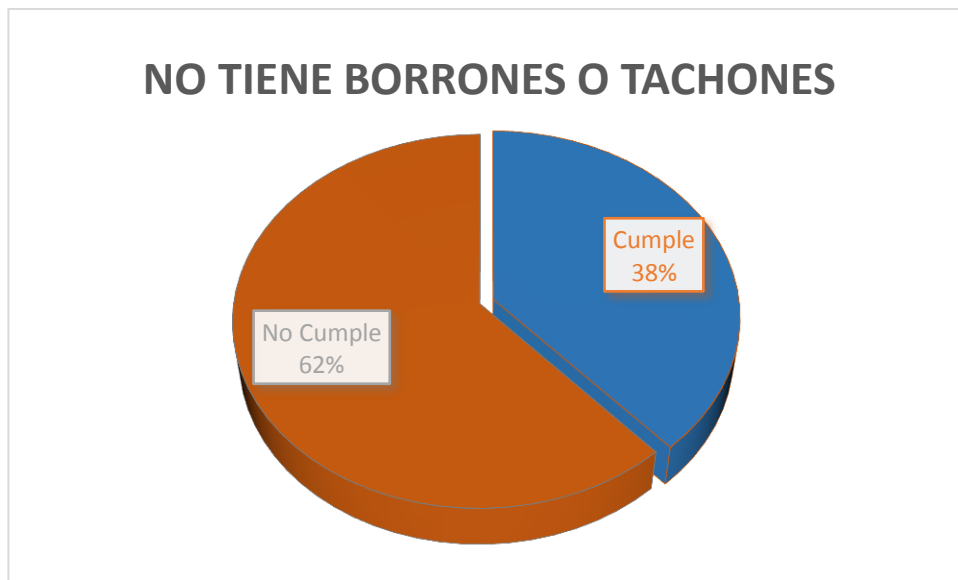
Interpretación.-De los 73 informes revisados 64 informes no dejan líneas en blanco y 9 informes dejan líneas en blanco.

Tabla Nro. 7 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No Tiene Borrornos y Tachones	28	38.%	45	62.%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

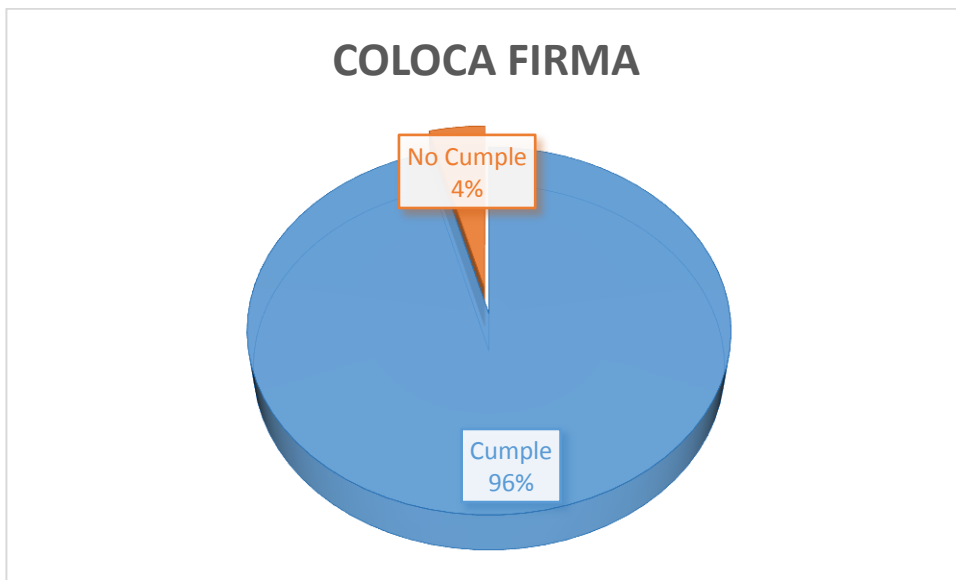
Interpretación.- En el gráfico se observa que no cumple la mayoría 62% que corresponde a 45 informes y solo 28 cumplen que es el 38%.

Tabla Nro. 8 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Coloca firma	70	96.0%	3	4.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

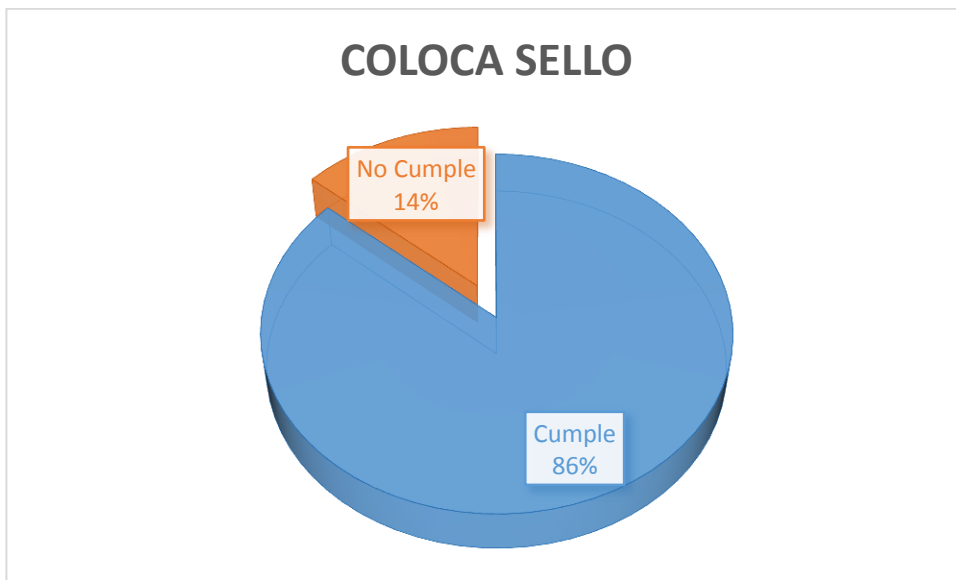
Interpretación.-La gran mayoría de los informes revisados coloca la firma posterior al reporte el 96%(72) y solo el 4%(3) no cumplen.

Tabla Nro. 9 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Coloca Sello	63	86.0%	10	14.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

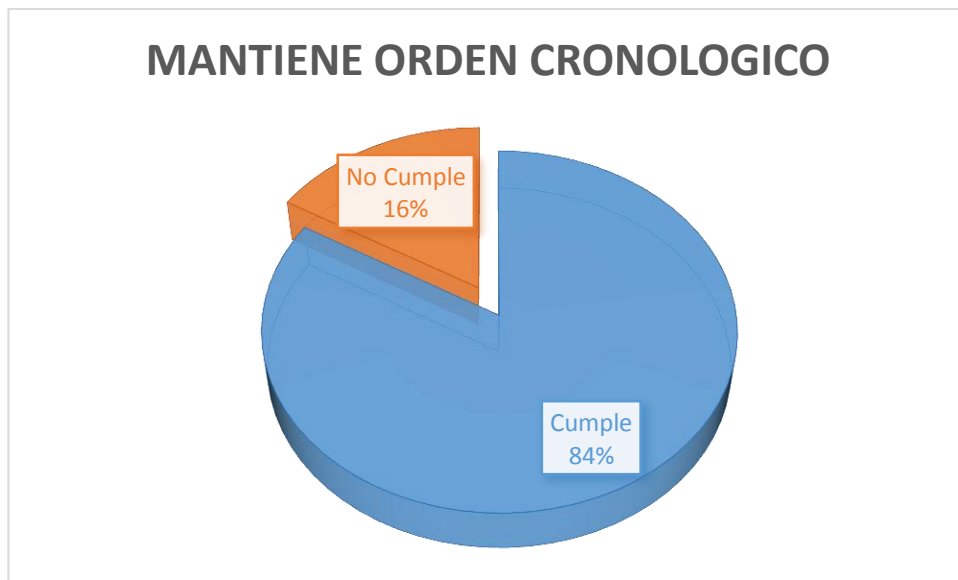
Interpretación.- En los informes revisados 10 informes no contaban con sello al final del reporte que corresponde al 14 %.

Tabla Nro. 10 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mantiene orden Cronológico	61	84%	12	16.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

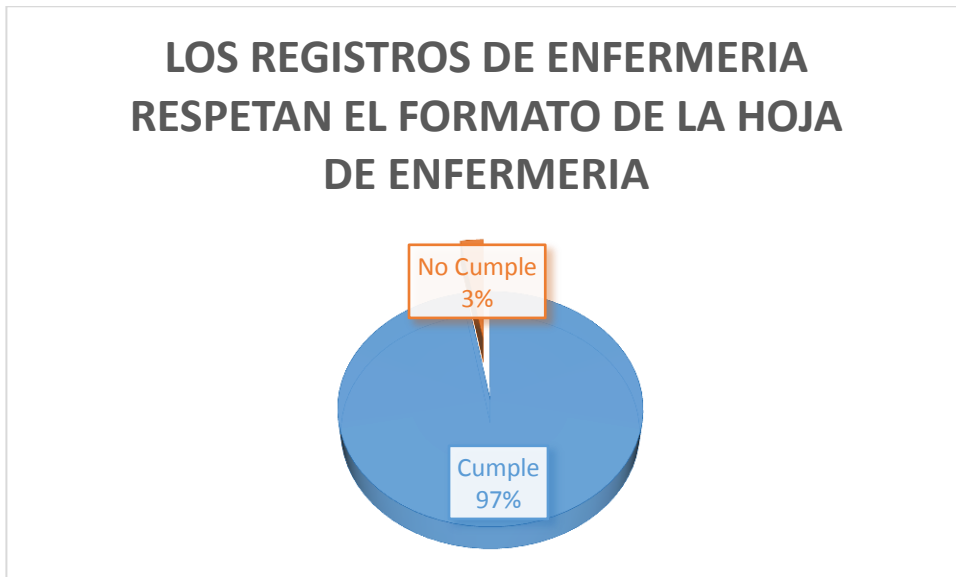
Interpretación.- En La Mayoría de los informes reportados se observó la organización cronológica en el Registro de Enfermería que corresponde al 84%.

Tabla Nro. 10 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Los Registros de Enfermería Respetan el Formato de la Hoja de Enfermería.	71	97.3%	2	2.7%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

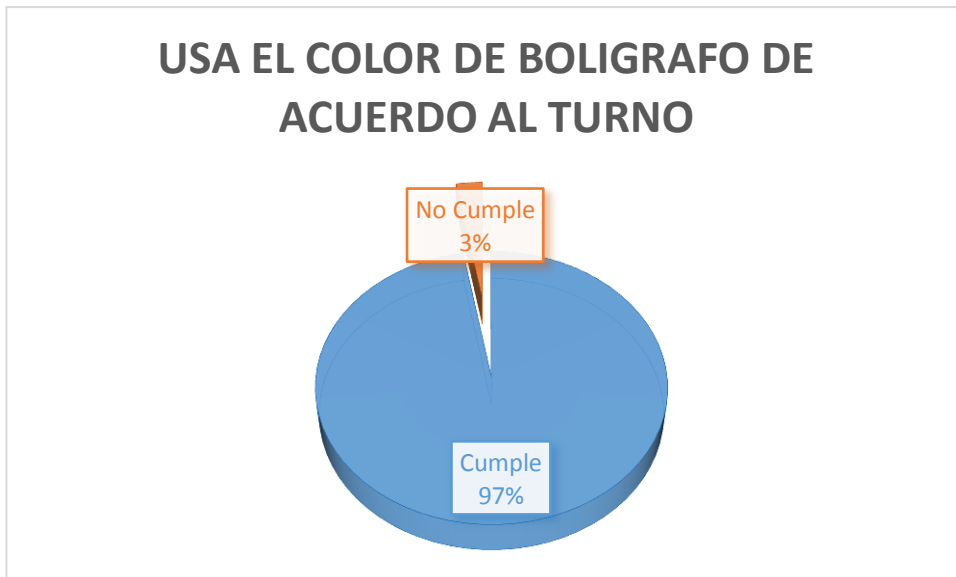
Interpretación.-El 97% de informes respetan el formato y se encontró que solo dos informes alteraron el formato por falta de espacio para el registro.

Tabla Nro. 11 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Estructura.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Usa el color de bolígrafo de acuerdo Al turno.	71	97.0%	2	3.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación.-El uso del color de bolígrafo correspondiente al turno, fue del 97% de los informes revisados y solo un 3 % no cumplió.

Tabla Nro. 12 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Contenido.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Registra los Datos Subjetivos del Paciente	48	66.%	25	34.%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

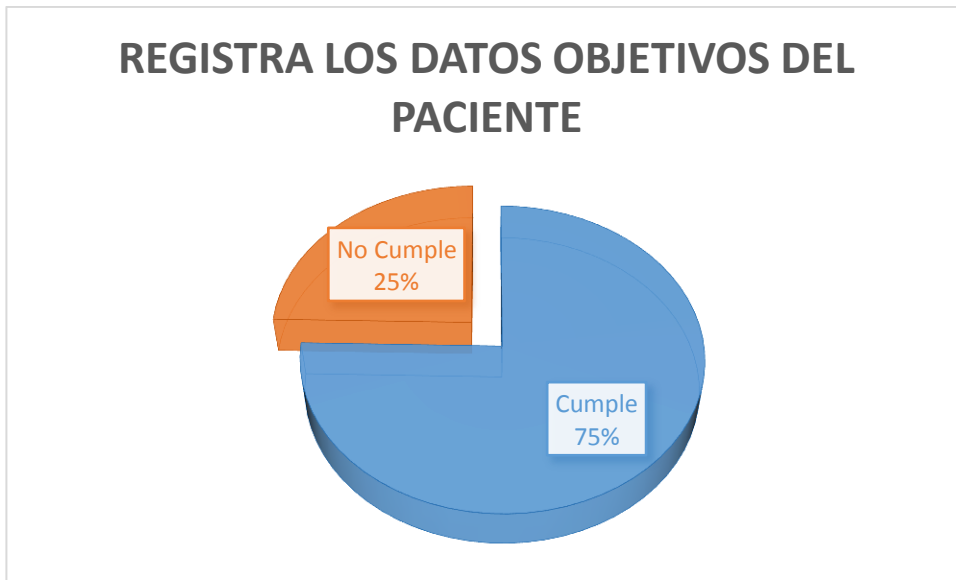
Interpretación.-El 66 % de los informes que registra el personal de Enfermería registra los datos subjetivos del paciente, y el 34 % no lo hace.

Tabla Nro. 13 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Contenido.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Registra los Datos Objetivos del Paciente	55	75.0%	18	25.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia

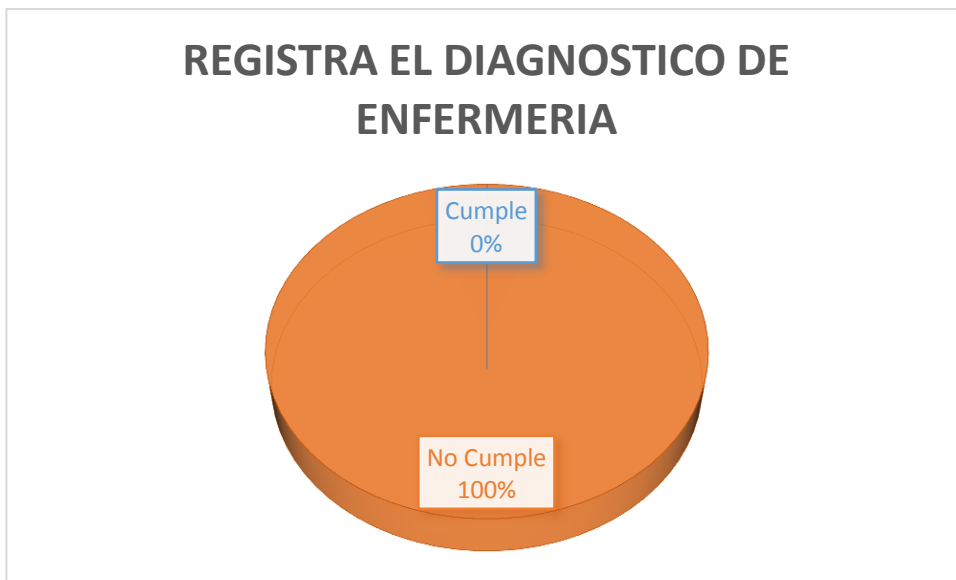
Interpretación.-En la revisión de los informes de Enfermería se encontró un cumplimiento del 75% referente al registro de datos subjetivos del paciente y un 25% no cumple.

Tabla Nro. 14 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Contenido.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Registra el diagnostico de Enfermería	0	0%	73	100%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

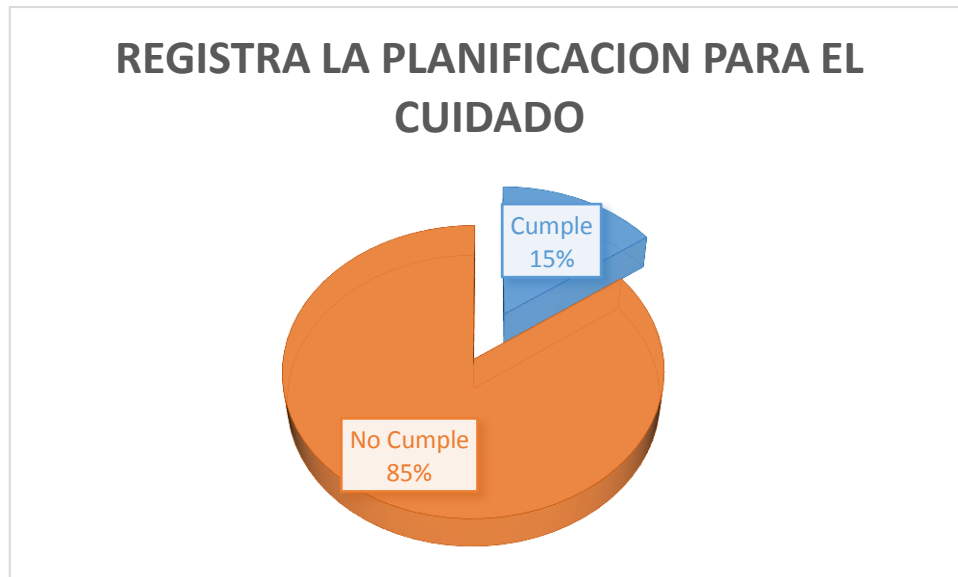
Interpretación.-El Cumplimiento del Registro del Diagnóstico de Enfermería es del 0% ningún registro revisado de la Hoja de Enfermería tiene Diagnóstico de Enfermería que corresponda.

Tabla Nro. 15 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico Correspondiente a Contenido.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Registra la Planificación Para el Cuidado.	11	15.0%	62	85.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación.-El 85% de los registros no cumple con la planificación para el cuidado que esté plasmado en los Registros de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico.

Tabla Nro. 16 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Contenido.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Registra las Intervenciones realizadas en el Paciente	57	78.0%	16	22.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación.-Existe un mayor cumplimiento en el registro de las intervenciones que realizan en la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico.

Tabla Nro. 17 Ficha de Chequeo

Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico Correspondiente a Contenido.

VARIABLE	CUMPLE		NO CUMPLE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Registra la Evolución de los resultados	45	62.0%	28	38.0%

Fuente: Elaboración Propia.



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación.- De la evolución de los resultados del paciente el 62% cumple con el Registro en la Hoja de Enfermería y el 38% no lo hace.

Tabla Nro.2 de la ficha de chequeo

**Resultados del Registro de la Hoja de Enfermería de la Unidad de
Paciente Critico Correspondientes a Estructura**

VARIABLES	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple
Coloca Nombre y apellido del Paciente	73	0	100%	0%
Número de Expediente clínico	73	0	100%	0%
Numero de Cama	73	0	100%	0%
Tiene letra legible y comprensible	52	21	71.%	29%
Usa Terminología Científica	11	61	15%	84%
Usa Abreviaturas Oficiales	67	6	92%	8%
No deja Líneas en blanco en el registro	64	9	88%	12%
No tiene borrones o tachones	28	45	62%	38%
Coloca firma	70	3	96%	4%
Coloca sello	63	10	86%	14%
Mantiene orden cronológico	61	12	84%	16%
Respetan el formato	71	2	97%	3%
Usa el color de bolígrafo de acuerdo al turno	71	2	97%	3%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.- Se realizó una verificación de la estructura de los informes donde se evidencia que todos identifican adecuadamente los datos del paciente el porcentaje de cumplimiento alcanzo el 100%.

Tabla Nro.3 de la ficha de chequeo

Resultados del Registro de la hoja de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico Por Contenido.

VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	Cumple	No cumple	Cumple	No Cumple
Registra los Datos Subjetivos del Paciente	48	25	66%	34%
Registra los Datos Objetivos del Paciente	55	18	75%	25%
Registra el Diagnostico de Enfermería	0	73	0	100%
Registra la Planificación para El cuidado	11	62	15%	85%
Registra las intervenciones Realizadas	57	16	78%	21%
Registra la Evolución de los Resultados	45	28	62%	38%

Fuente Elaboración Propia

Interpretación.- En la revisión de los Informes de Enfermería se encontró que no cumple un solo registro de los Diagnósticos de Enfermería por lo que el cumplimiento es del 0.0% de cumplimiento el 84% de informes no registra la planificación del cuidado.

INTERPRETACION DEL CHI CUADRADO

Correlación entre la edad, grado académico, tiempo de ejercicio profesional, tiempo que trabaja en la U.P.C. del personal de Enfermería y el conocimiento sobre el Registro de Enfermería Basado en Problemas S.O.A.P.I.E.

VARIABLE		CONOCIMIENTO SOBRE EL S.O.A.P.I.E.		Chi (P=0,005)	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
		Si	No		
Edad	25 a 35 años	4	0	,182	No Significativo
	Más de 36 años	8	4		
Grado Académico	Licenciadas	6	0	,074	No Significativo
	Especialistas, Magister y otros	6	4		
Tiempo de Ejercicio Profesional	1 a 5 años	4	0	,182	No significativo
	Más de 6 años	8	4		
Tiempo que Trabaja en la U.P.C.	1 a 5 años	9	1	,074	No Significativo
	Más de 6 años	3	3		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.- Para comprobar la hipótesis se utilizó la prueba del chi cuadrado, los datos que reportan no son significativos; por lo que podemos decir que no se encontró la asociación, esto indica que el conocimiento sobre el registro de enfermería basado en problemas SOAPIE no está determinado por la edad del personal de enfermería, grado académico, tiempo de ejercicio profesional, tiempo que trabaja en la U.P.C. por lo que rechaza nuestra hipótesis.

Correlación entre la edad, grado académico, tiempo de ejercicio profesional, tiempo que trabaja en la U.P.C. del personal de Enfermería y la aplicación sobre el Registro de Enfermería Basado en Problemas S.O.A.P.I.E.

VARIABLE		APLICACIÓN SOBRE EL S.O.A.P.I.E.		Chi (P=0,005)	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
		Si	No		
Edad	25 a 35 años	3	1	,551	No Significativo
	Más de 36 años	7	5		
Grado Académico	Licenciadas	5	1	,182	No Significativo
	Especialistas, Magister y otros	5	5		
Tiempo de Ejercicio Profesional	1 a 5 años	3	1	,551	No significativo
	Más de 6 años	7	5		
Tiempo que Trabaja en la U.P.C.	1 a 5 años	8	2	,062	No Significativo
	Más de 6 años	2	4		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.- En el cuadro se observa que ningún resultado de la prueba chi cuadrado es significativo por lo que afirmamos que la aplicación del S.O.A.P.I.E. en la Unidad de Paciente Critico del Hospital del Niño no depende de la edad del personal de Enfermería, grado académico, tiempo de ejercicio profesional, tiempo que trabaja en la U.P.C.

Correlación entre la edad, grado académico, tiempo de ejercicio profesional, tiempo que trabaja en la U.P.C. disponibilidad de manuales/o protocolos,

capacitación del personal de Enfermería y el conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).

VARIABLE		CONOCIMIENTO DEL P.A.E.		Chi	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
		Si	No		
Edad	De 25 a 35 años	4	0	,551	No Significativo
	Más de 36 años	11	1		
Grado Académico	Licenciadas	6	0	,424	No Significativo
	Especialidad, Magíster y otros	9	1		
Tiempo de Ejercicio Profesional	De 1 a 5 años	4	0	,551	No Significativo
	Más de 6 Años	11	1		
Tiempo que trabaja en la U.P.C.	De 1 a 5 años	10	0	,182	No Significativo
	Más de 6 años	5	1		
Disponibilidad de Manuales y Protocolos	De 1 a 5 años	3	10	,074	No Significativo
	Más de 6 años	12	0		
Capacitación	De 1 a 5 años	5	0	,486	No Significativo
	Más de 6 años	10	1		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.- Los resultados obtenidos en la correlación de datos, aplicando el chi cuadrado no son significativos por lo que indica que el conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería es independiente.

Correlación entre la edad grado académico, tiempo de ejercicio profesional, tiempo que trabaja en la U.P.C. disponibilidad de manuales y/o protocolos,

capacitación del personal de Enfermería y la aplicación sobre el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).

VARIABLE		APLICACION DEL P.A.E.		Chi	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
		Si	No		
Edad	De 25 a 35 años	2	2	,551	No Significativo
	Más de 36 años	8	4		
Grado Académico	Licenciadas	4	2	,790	No Significativo
	Especialidad, Magíster y otros	6	4		
Tiempo de Ejercicio Profesional	De 1 a 5 años	1	3	,074	No Significativo
	Más de 6 Años	9	3		
Tiempo que trabaja en la U.P.C.	De 1 a 5 años	7	3	,424	No Significativo
	Más de 6 años	3	3		
Disponibilidad de Manuales y Protocolos	De 1 a 5 años	1	3	,074	No Significativo
	Más de 6 años	9	3		
Capacitación	De 1 a 5 años	4	1	,330	No Significativo
	Más de 6 años	6	5		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.- En los datos que observamos en el cuadro no existe nivel de significancia, lo que significa que la fijación del nivel es menor a 0.05, que es el valor del chi cuadrado, por tanto en la correlación realizada existe una relación de independencia entre las variables.

12. DISCUSIONES

Se planteara según los resultados obtenidos, al igual que en el presente trabajo, en varias investigaciones científicas se ha verificado la deficiencia en los registros de Enfermería y esto conlleva a la mala calidad de los registros de Enfermería.

Referente al rango de edades de las Enfermeras que trabajan en la Unidad de Paciente Crítico, que participaron en la siguiente investigación el mayor porcentaje está comprendida de más de 40 años que corresponde al 50%, mientras que en el estudio de Vizcarra y Ruiz Guamantica predomina, el rango de 20 años a 40 años de edad, por lo que podemos decir que las enfermeras correspondientes a estos estudios son más jóvenes. Podríamos suponer que son enfermeras con poca experiencia.

En la presente investigación referente al grado más alto obtenido como especialidad o Maestría en Medicina Crítica o Terapia Intensiva corresponde al 62.6%, en la investigación de Ruiz Guamantica solo el 22.2% cuenta con un grado superior a Licenciatura. Lo que indica que el personal de enfermería de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría tiene la preparación referente al área de trabajo donde desempeña.

En los años de servicio del ejercicio profesional el 50% del personal de enfermería que participa en este estudio tiene un tiempo mayor de 15 años de ejercicio profesional, en la investigación de Ruiz Guamantica este rango corresponde al 27.8% y en la investigación de Calixto el 58.1% de las enfermeras responden tener 4 años como máximo de servicio en la institución lo cual demuestra que el personal de la Unidad de Paciente Crítico tiene mayor experiencia.

Los resultados de nuestra investigación del nivel de conocimiento sobre el S.O.A.P.I.E. por el personal de Enfermería es del 75%, lo cual es inferior al estudio que realizó Ruiz Guamantica que es del 77,8% lo que significa que el personal de Enfermería a un esta con falencias en el Registro Basado en Problemas.

En el conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería este estudio reporta que es del 93%, cifra que es superior al 88.3% que reporta el estudio de Ruiz Guamantica en la respuesta al conocimiento sobre el Proceso Enfermero.

En relación a la disponibilidad de protocolos, manuales para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería el 75% indica no disponer en un lugar visible de la unidad de estos instrumentos, que son necesarios.

El personal de Enfermería de la Unidad de Paciente Critico refiere no haber sido capacitada en el Proceso de Atención de Enfermería en un 69%, en el estudio de Mariobo indica que el 31 % de Enfermeras no participa en cursos de actualización de Enfermería, en el estudio de Calixto el 43% tampoco participa en cursos de actualización, podemos decir que es una parte negativa porque si no nos actualizamos no mejora nuestra practica en nuestro quehacer diario.

La carga de trabajo parece ser un factor determinante en la Unidad de Paciente Critico, la organización de trabajo Enfermera /Paciente es de 43.8%

, pues en el estudio de Ruiz Gua mantica esta relación es de 77.8%, esto revela que la aplicación de la escala de TISS 28, esta escala sirve para vigilar la carga de trabajo en la UPC es inferior al 50%, lo que hace suponer

que exista una carga de trabajo excesiva. Cabe resaltar que la relación enfermera paciente es de una enfermera por 2 o tres pacientes.

Respecto a la Calidad de Registros de Enfermería es deficiente en contenido y en estructura.

Respecto a la identificación del paciente el 100% del personal de Enfermería registra, comparando este resultado con los estudios de García en Argentina que el 34 % no tiene datos de identificación. Mariobo Bolivia que el 20% no registra la identificación del paciente .en ambos en ambos estudios se evidencia la falencia en el registro de identificación del paciente el cual puede llevar a una confusión en los procedimientos a realizar.

El 28.8% de las Enfermeras de la U.P.C. no registra con letra legible y comprensible, similar situación refleja el estudio de Mariobo que el 30 % de las Enfermeras del I.N.O.(Instituto Nacional de Oftalmología) no registra con letra legible ni clara, mientras que García indica que el 61% del personal de Enfermería comete la misma falla, esta situación puede conllevar a la confusión en la continuidad cíclica del proceso de atención al paciente además puede llevar a cometer alguna negligencia.

El uso de terminología medica que usa la Enfermera en el presente estudio es de 83.6%, tiene semejanza con el estudio de Mariobo que es del 87.7%, comparando con Calixto donde solo es de 43.5%, donde se evidencia que existe un cumplimiento mayor de la norma.

El 100% de Enfermeras que trabajan en la U.P.C. no registra Diagnósticos de Enfermería, resultado similar al que obtuvo Mariobo Bolivia en su estudio realizado en el I.N.O. y semejante resultado refleja el estudio de Ruiz

Guamantica Ecuador- Quito, en relación al estudio de Diagnósticos de Enfermería de Saldarriaga de Colombia donde el 17 % cumple en el registro de la misma. Lastimosamente es preocupante esta situación ya que el Diagnostico nos permite direccionar nuestros cuidados de Enfermería y son muy importantes para elaborar las intervenciones que vamos a realizar en los pacientes.

El 21.9% del personal de Enfermería de la U.P.C. no registra las acciones realizadas en un paciente, comparado con el 50% del estudio de Mariobo, continua con falencias en este aspecto.

13. CONCLUSIONES

Los cuidados de Enfermería otorgados al paciente, deben ser plasmados en los documentos escritos necesariamente ya que reflejan la Calidad del Cuidado constituyendo un medio de comunicación y coordinación con el equipo de salud.

1.- Los profesionales de Enfermería de la unidad de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría cuenta con importante experiencia laboral en Cuidados Intensivos la gran mayoría con especialidad y/o Maestría en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, sin embargo a un existen falencias en los Registros de la Hoja de Enfermería.

Según los datos obtenidos. En el estudio es importante considerar que si bien el personal de Enfermería manifiesta conocer el Registro Basado en Problemas (S.O.A.P.I.E.) y el Proceso de Atención de Enfermería P.A.E. No lo aplican en su totalidad, además que la distribución de pacientes no es en base a la escala de TISS 28 lo que hace pensar que el trabajo no es distribuido al grado de criticidad del paciente.

2.- Con respecto a la Evaluación de los Registros de Enfermería en su estructura y contenido se utilizó un instrumento de chequeo en base a las Normas de Registro del Ministerio de Salud, actualmente la realización de los Registros de la Hoja de Enfermería de la U.P.C. corresponde a la forma narrativa e informativa; entonces no realizan el Registro Basado en Problemas S.O.A.P.I.E. los resultados reflejan que el 100% de los Registros están identificados de manera correcta al paciente.

El cumplimiento del registro de Diagnósticos de Enfermería es del 0%, hay falencias en los registros como enmendaduras, letra ilegible y comprensible son los más sobresalientes.

3.-En la correlación de los datos demográficos y /epidemiológicos del personal de Enfermería de la U.P.C. con la aplicación del S.O.A.P.I.E. y el P.A.E. los mismos no son significativos.

14. RECOMENDACIONES

1.-Implementar un programa de educación continua y retroalimentar sobre la formulación de Informes de Enfermería Basados en Problemas (S.O.A.P.I.E.) y el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) y actualización permanente.

2.-Se recomienda incentivar al personal de Enfermería que cumple correctamente el Registro de la Hoja de Enfermería de la U.P.C. a través de cursos de actualizaciones, congresos etc. de forma gratuita, memorándums de felicitaciones o de reconocimientos y otros.

3.-Programar una evaluación periódica sobre el correcto llenado de la Hoja de Enfermería de la U.P.C. Utilizando indicadores de calidad como instrumento para mejorar los registros de enfermería.

4.-Sugerencia la reingeniería de la Hoja de Enfermería de la U.P.C. (Ver Documento Adjunto).

5.- La distribución de pacientes en base al grado de criticidad por la Jefatura de Enfermería.(relación Enfermera /paciente..

NOMBRE Y APELLIDO															PESO Kg				FECHA DE REGISTRO									
															TALLA (cm)													
GRUPO SANGUINEO															SC (m2)				FECHA DE INGRESO									
EDAD															N° DE HOJA				N° DE HISTORIA CLINICA									
DIAGNOSTICO MEDICO														PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (DIAS)		CVC.....	SNG.....	FECHA DE NACIMIENTO										
																CVP.....	Vesical.....	Nro DE CAMA										
PARAMETROS / HORAS	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19		20	2		22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T
FC																												
PA mmhg																												
PAM mmhg																												
PAI mmhg																												
PVC/PAP																												
FR																												
SAT. O2																												
T° C																												
LLENADO CAPILAR																												
GLASGOW																												
VIA (INVASIVA / NO INVASIVA)																												
MODO DE VENTILACION																												
FIO2																												
PIP																												
PEEP																												
CICLADO																												
VOLUMEN CORRIENTE																												
TIEMPO INSPIRATORIO																												
I:E																												
PRESION SOPORTE																												
EtCO2 EXHALADO																												
INTUBADO EXTUBADO																												
INGRESOS																												

<u>INGRESOS</u>	8	9	10	11	12	13	T	14	15	16	17	18	19	T	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T	
<u>DIETA</u>																												
<u>EGRESOS</u>																												
DIURESIS																												
DIURESIS HORARIA																												
VOMITOS/SNG/SOG																												
DRENAJES.....																												
DEPOSICION																												
PERDIDAS INSENSIBLES																												
TOTAL																												
BALANCE																												

MAÑANA		TARDE		NOCHE	
S.	O.	S.	O.	S.	O.
A.	P.	A.	P.	A.	P.
I.	E.	I.	E.	I.	E.
OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
Neurológico.....		Neurológico.....		Neurológico.....	
Cardiopulmonar.....		Cardiopulmonar.....		Cardiopulmonar.....	
Gastrointestinal.....		Gastrointestinal.....		Gastrointestinal.....	
Genitourinario.....		Genitourinario.....		Genitourinario.....	
Firma y sello		Firma y sello		Firma y sello	

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernandez Sampieri, Roberto Fernández Collado, Carlos, "Metodología de la Investigación", McGraw Hill, Mexico, 1991. Pp 505.
2. Mariobo Vaca Delma, "Calidad de la Hoja de Registros de Enfermería en el Servicio de internación del Instituto Nacional de Oftalmología", La Paz Bolivia Diciembre a Marzo 2008.
3. Angulo. PS, Collazos M. Factores que influyen en el Cumplimiento de la Realización del Registro de Enfermería (SOAPE) en el área de observación de la Unidad de Emergencia General del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto Venezuela Octubre – Noviembre 2003.
4. Patricia Urgilés, Janeth Barrera. Normas para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema Basado en Problemas SOAPIE en Hospitalización en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1 Quito Ecuador 2012.
5. Cortez Gloria, Castillo Francisca. "Guía para Elaborar NANDA, NIC, NOC-Proceso de Atención de Enfermería en Especialidades. 6ta Ed. Lima Perú 2012.
6. Chaparro DL. "Registro del Profesional de Enfermería como Evidencia de la continuidad del Cuidado". Universidad Nacional de Bogotá Colombia en línea fecha de acceso el 17 de julio 2015 disponible en http://encolombia.com./medicina/enfermeria/enfermeria_6403-registro.htm.
7. Young Pablo, Hortis De Smith Veronica, Chambi María C, Finn Barbara C. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su Fallecimiento. Rev. Med. Chile Internet. 2011 jun Citado 2016 Mayo 26 ;139(6)807-813. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=>
8. Zarate Grajales Rosa A. La Gestion del Cuidado de Enfermeria. Index Enferm Internet. 2014 citado 2016 Mayo 27; 13(44-45):42-46.

Disponible en : <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1132-12962004000100009&lng=es>

9. Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería Aplicación de la Práctica Clínica. 5ta ed. Madrid, España: Editorial Interamericana; 1995.
10. Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México: McGraw Hill Interamericana; 1999.
11. Peña Bravo Mary. Guía metodológica del Proceso de Atención de Enfermería, 1ra Edición Mayo 2005.
12. Ledesma María del Carmen. Fundamentos de Enfermería, Editorial Limusa 2005, cap. 21, pag. 345.
13. Marriner Tomey A, Raile M. Modelos y Teorías En Enfermería. 5ta ed. España, Elsevier Science; 2003. Pag. 104.
14. Alfaro R. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. 5ta ed. España: Mosby; 2003
15. Luna O Javier Norma Técnica Para El Manejo Del Expediente Clínico, Ministerio de Salud y Deportes/Comisión Nacional en Salud y Auditoría La Paz-Bolivia 2008.
16. Donavedian, Avedis. LA Calidad de La Atención Médica. Definición y metas de Evaluación. México. Prensa Medica Mexicana 1994, 194p.
17. Hidalgo Benigno, Calidad de Anotaciones Clínicas. 2da Ed, Lima Perú: editorial Edu. Perú; 1999 p. 27.
18. UAP. Proceso de Atención de Enfermería, Dominios, Nic y Noc en la Práctica Profesional, Módulo Nro. III Universidad Alas Peruanas-EDEXPRO SAC, Pág. 63-67.
19. Hidalgo Zamora Erika Calidad de Registros de la Hoja de Enfermería- Unidad de Cuidados Post Anestésicos, Caja Banca Estatal 1er Semestre 2010, La Paz Bolivia.
20. Meneses Quisberth Pamela Calidad del Registro Enfermería S.O.A.P.I.E en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales hospital Seguro Social Universitario, La Paz Bolivia Gestión 2012.

21. Castillo Sofía, Jiménez Carla. Estudio Descriptivo de Las Unidades de Neonatología de los hospitales de los Servicios de salud Etropolitanos chile 2005.
22. Ruiz Hontangas. A Calidad de los Registros de Enfermería Cardiovascular/Nursing en línea, Fecha de acceso 28 de Marzo 2016, Octubre 2005p:1-11.disponible en:
<http://www.saludycuidados/No.7/registro/2.htm>.
23. Trincado Agudo María Teresa, Fernández Caballero Emilio. Calidad en Enfermería. Rev cubana Enfermar internet.1995 abr citado 2016 Enero 07 Disponible en
[:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es)

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Distinguida Licenciada:

En el Marco del desarrollo de la profesional de Enfermería, considerando que una investigación es un aporte a la Institución en esta oportunidad el trabajo de investigación en cuestión es: **Factores que Determinan la Calidad de Registros de enfermería en la Unidad de paciente Crítico, gestión 2015.** se hace necesario conocer La situación del registro de Enfermería, Alcances, limitantes y las características de la temática de esta manera buscar permanentemente la mejora en la Calidad de Registros de Enfermería en la U.P.C.

Es por esta Razón que la Investigadora está Obligada a:

Guardar Confidencialidad de Toda información obtenida como la recolección de datos a través de instrumento y técnicas utilizadas.

Los Instrumentos Utilizados serán de Carácter Anónimo y resguardo de privacidad.

.....
Lic. Marlene Luisa Ramos Ramírez
INVESTIGADORA

.....
ENFERMERA INVESTIGADA

Diciembre 2015
La Paz-Bolivia

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES, FACULTAD DE MEDICINA,
ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRIA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN
ENFERMERIA**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Fuente: Encuesta para el Personal de Enfermería de la Unidad de
Paciente Critico del Hospital del Niño, Dr. Ovidio Aliaga Uría**

Nro.

Objetivo.-Recolectar información necesaria para identificar los factores que determinan el Registro de la Hoja de Enfermería.

INSTRUCTIVO:

Distinguida colega, por favor sírvase a leer detenidamente y responda las siguientes preguntas. El cuestionario es anónimo, marque con una X en la pregunta de selección, y detalle con letra clara las preguntas a contestar.

Fecha.....

I.CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS /EPIDEMIOLOGICAS

1. Edad:

- a) 25 a 30 años
- b) 31 a 35 años
- c) 36 a 40 años
- d) Más de 40 años

2. Género:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Grado de instrucción más alto obtenido

- a) Licenciado
- b) Especialista
- c) Magister
- d) Otros.....

II CARACTERISTICAS PROFESIONALES

1. Cuanto tiempo de ejercicio profesional tiene

- a) Menos de 5 años
- b) De 6 a 10 años
- c) De 11 a 15 años
- d) Más de 15 años

2. Cuanto tiempo trabaja en la Unidad de Paciente

- a) 1 a 5 años
- b) 6 a 10 años
- c) 11 a 15 años
- d) Más de 15 años

III. CARACTERISTICAS COGNITIVAS

7 .Conoce usted el registro de enfermería basados en problemas

- a) Si
- b) No

8. Aplica usted el registro basado en problemas SOAPIE en los registros de enfermería que realiza

- a) Si
- b) No

9. Conoce usted el proceso de atención de enfermería

a) Si

b) No

10. Aplica usted este método científico para el trabajo de enfermería, en su accionar diario.

a) Si

b) No

c) Parcialmente

11. Dispone en su unidad de trabajo, de protocolos y manuales que respalden la aplicación del proceso de enfermería.

a) Si

b) No

12. Recibe usted talleres de capacitación Sobre el Proceso enfermero.

a) Si

b) No

IV. CARACTERISTICAS LABORALES:

Como es la organización en su unidad de trabajo para la relación enfermera paciente.

a) Utilizan escala de TISS 28 para la relación enfermera paciente.

b) Depende de la antigüedad

c) Otros.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

.....
Nombre Del Encuestador

.....
Firma

.....
Fecha

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES, FACULTAD DE
 MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
 UNIDAD DE POST GRADO
 MAESTRIA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN
 ENFERMERIA
 INSTRUMENTO PARA LA IMPLEMENTACION DE ESTANDARES
 DE EVALUACION DE REGISTRO DE ENFERMERIA**

Fecha.....

Nro.
.....

TIPO DE REGISTROS:

Si No

- a) Narrativo
- b) Basado en Problemas
- c) Informativo

Nro		Verificación de ítems	Si	No	Observaciones
1	Estructura	Coloca nombre y apellido del paciente			
2		Numero de historia clínica			
3		Numero de cama			
4		Letra legible y comprensible			
5		Usa terminología científica			
6		Usa abreviaturas oficiales			
7		No deja líneas en blanco en el registro			
8		Borrones o tachones			
9		Coloca firma			
10		Coloca sello			

11		Mantiene orden cronológico			
12		Los registros de enfermería respetan el formato de la hoja de enfermería			
13		Usa el color de bolígrafo de acuerdo al turno			
14	Contenido	Registra los datos subjetivos del paciente			
15		Registra los datos objetivos del paciente			
16		Registra el diagnóstico de enfermería			
17		Registra la planificación para el cuidado (Priorización de problemas)			
18		Registra las intervenciones realizadas en el paciente			
19		Registra la evolución de los resultados			

Fuente: Elaboración propia, en base al Manual de Auditoría Médica, MS y D, Bolivia 2008.

INSTRUMENTO PARA SU IMPLEMENTACION

Problemas Para Su Cumplimiento	Plan de Acción

.....
Nombre del observador

.....
Firma

.....
Fecha

