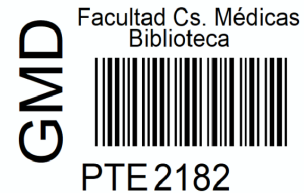


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Cómo influye en la calidad de los registros la edad, sexo, nivel de formación, antigüedad
laboral en la profesión y situación doble empleo del personal de enfermería en los
servicios de cuidados críticos de un hospital público, durante los meses de mayo, junio y
julio de 2021

Por: Farías Marcos Legajo: F-1952/6

Director: Lic. Stella Cardella

Docente Asesor: Lic. Nores Rosana Inés

Rosario, 17 de noviembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Agradecimientos:

A mis colegas y compañeras de trabajo: Jaqueline da Silva Santos (Licenciada en enfermería y Especialista en Urología, Nefrología y Enfermería Laboral). Ana Miranda (Enfermera Profesional)

A quien, por su ejemplo y estímulo, logró que decida concluir la carrera de grado, Stella Cardella, (Lic. En Enfermería, Jefa de Enfermería de la U.T.I.).

A mi Docente Asesora, Esp.- Licenciada Rosana Nores; por acompañar este proceso; que, a través de su vocación por la docencia, me incentivó a dar mi mayor esfuerzo para cumplimentar con los requisitos de la cátedra y comprender la importancia que posee la función investigativa para nuestra disciplina.

Resumen y Palabras clave

Desde una perspectiva empírica se evidencia una tendencia a la falta de adhesión a los registros de Enfermería, debido a un sinfín de factores que motivan este trabajo, cuyo objetivo es analizar la influencia en la calidad de los registros según edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión, situación de doble empleo, del personal de enfermería de un servicio de cuidados críticos en un hospital público, durante los meses de mayo, junio y julio de 2021.

El tipo de estudio realizado fue Cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. Se abordaron dos poblaciones, una: Personal de Enfermería y dos: Registros de Enfermería. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la observación no participante y entrevista a la enfermera jefe de servicio, como instrumento para la población uno se implementó una tabla para resumir los datos recabados, validada por medio de una prueba piloto, y en la población dos, se implementaron dos listas de cotejo validadas en estudios anteriores, se utilizó el análisis multivariado, y estadística descriptiva para visualizar la ocurrencia de los fenómenos, y por medio de un histograma se comparó las variables dependientes e independientes.

Palabras clave: Registros de Enfermería, edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión, situación de doble empleo, Historia Clínica, Personal de enfermería, unidad de cuidados críticos.

Índice General.

Agradecimientos:	2
Resumen y Palabras clave	3
Introducción	5
Estado del Arte	6
Planteamiento del Problema de Estudio	16
Hipótesis y Objetivos	16
Marco Teórico	18
Material y Métodos	46
Tipo de estudio o Diseño	46
Sitio o contexto de la investigación	48
Población y Muestra	50
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	51
Personal a cargo de la recolección de datos	60
Plan de análisis	63
Plan de trabajo y Cronograma	66
Anexos	68
I.	69
II.	71
III.	84
IV.	93
Bibliografía	95

Introducción

Los servicios de enfermería son organizaciones, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de salud del sujeto, familia y comunidad, y es a través del Cuidado que se alcanzan las metas; en esto radica la importancia que adquiere el cumplimiento estricto a la hora de confeccionar los registros, ya que estos representan un cuidado en sí y a su vez garantizan la continuidad y calidad de la asistencia brindada a los pacientes.

Desde una perspectiva empírica puede visualizarse como se transita del ideal de los valores impartidos por las casas formadoras, basados en modelos holísticos y multiparadigmáticos; a la realidad de una praxis, que se encuentra atravesada por un sinfín de factores que se articulan, para transformarla en acciones técnicas, centradas en patologías, y no sujetos.

A su vez Enfermería se encuentra inmersa en un contexto histórico de lucha, por reivindicación de derechos, reconocimiento social y profesional de la disciplina, por lo que se hace imperativo revalorizar el rol que juegan los registros en la calidad de los cuidados, e idoneidad del colectivo.

En la práctica cotidiana puede visualizarse que aquellos recién egresado de las casas formadoras pese a no poseer suficiente experiencia técnica, si poseen intactos los conocimientos teóricos, lo cual se puede evidenciar a la hora de soslayar por escrito los cuidados brindados, lo mismo sucede con el personal que posee formación de grado en la cual se perfila suficiente cantidad de conocimientos para alcanzar los niveles de gestión, motivo que lleva a dar una importancia significativa a los registros, ya que son uno de los elementos centrales, a la hora de determinar la cantidad necesaria de dotación de personal; por el contrario cuanto mayor experiencia y antigüedad se posee, va en descenso la precisión de los escritos, debido a que el personal puede presentar tendencia en centrarse en las actividades técnico asistenciales; quedando el registro como un acto administrativo tedioso e indeseable.

Estas características del personal que conforman aspectos subjetivos, suelen ser obviadas, dejando de lado el grado de determinación que estas tienen en el desempeño laboral, ya que todo fenómeno está atravesado por la subjetividad de quien lo vivencia. De lo anteriormente mencionado emerge la necesidad de estudiar estos aspectos, permitiendo

ver la existencia de correlación y poder establecer lineamientos, normas, protocolos que permitan estandarizar y sistematizar los cuidados de Enfermería.

Entre los estudios sobre Calidad de los registros a nivel internacional contamos con Rodríguez, B.; Marina, L.; Ríos, V.; Yeraldin L.; Pabón Parra, M.; Moreno, J.; Fuentes Rodríguez, L.; Solano L.; Kenny Y.; Bonilla, J.; (2015) que realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, con el objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento y adhesión a los protocolos de registros Clínicos de Enfermería; la población estuvo conformada por 105 auxiliares y 15 profesionales de enfermería que trabajan en una institución de salud de IV nivel de complejidad.

Los instrumentos utilizados para recolección de datos fueron elaborados por los investigadores por medio de una lista de chequeo y un test de conocimientos basado en el protocolo de registros ya existente en la institución.

Los resultados obtenidos muestran que el nivel de conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería sobre el protocolo es bueno con un 61%, le sigue un nivel de conocimientos regular con 29%. La aplicabilidad es buena en un 14% y un 54% del personal profesional y auxiliar de enfermería tiene mala aplicabilidad al protocolo, encontrándose que no se diligencian completamente los formatos que se incluyen en la historia clínica.

El nivel de adherencia es bueno para el 30% del personal profesional y auxiliar de enfermería, el personal profesional posee un buen nivel de conocimiento sobre los registros que utilizan, pero con una mala aplicabilidad del 54%. Este trabajo permite relacionar las variables de adhesión, grado de conocimiento y nivel de formación del personal.

Otros trabajos llevan a identificar las dimensiones que poseen los registros, entre ellos contamos con Quevedo Ríos, (2017); en su Tesis, aprobada en 2017, denominada "Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. Hospital Regional Lambayeque" Chiclayo, Perú, realizó un estudio de tipo cuantitativo y descriptivo, cuya población estuvo conformada por 123 historias clínicas de pacientes con una permanencia mayor a 24 horas, con una muestra final de 52. Implementó como instrumentos dos listas de cotejo, conformada por dos partes: la parte de estructura que consta de 30 preguntas relacionadas datos generales (12 preguntas) y datos

específicos (18 preguntas) obtenidos de los registros de enfermería, y la parte de contenido, contiene 5 ítems que especifican las etapas del proceso del cuidado enfermero (P.A.E.).

Los resultados revelaron que la calidad de los registros en cuanto a estructura era: Buena 50.0%, regular 42.3%, mala 7.7%, en la dimensión contenido fue buena 0.0%, regular 5.8%, y mala 94.2%. La evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el aspecto estructura dimensión general: buena 38.4%, regular 46.2%, y mala 15.4%. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el aspecto estructura dimensión específica fue: Buena 34.6%, regular 55.8%, mala 9.6%. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el aspecto contenido (P.A.E.) - Dimensión Valoración, el resultado fue de un 55.77% ubicándose según escala de Stanones en el rango de regular. Diagnóstico, obtiene una evaluación Mala con un 0%, planificación se ubicó en el rango malo por obtener un 7.69%, ejecución tiene una evaluación buena con un 73.08% según la escala utilizada para la investigación, evaluación se obtuvo 23.08% asignándole una calificación de mala calidad.

Por otro lado, la dimensión estructura, puede visualizarse en la investigación de tipo descriptiva y retrospectiva realizada por Vega, Y., (2017) en su tesis de grado llamada "Calidad de los registros de Enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno", Perú, cuyo objetivo fue para evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general. La población de estudio estuvo formada por 313 historias clínicas, de pacientes que fueron dados de alta durante el primer semestre de 2016, muestra conformada por de 74 historias clínicas que contenían hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería.

En la recolección de datos se empleó como técnica el análisis documental y como instrumento una ficha de revisión documentaria. Los resultados permiten ver que el 65% de los registros de la hoja gráfica son de buena calidad, 31% de calidad regular y el 4% de mala calidad. Las notas de enfermería con un total del 80% de mala calidad y 20% de regular calidad. La hoja de balance hídrico presenta un 73% regular calidad, 22% buena calidad y 5% mala calidad. El 68% de los kardex son de buena calidad, 31% regular y el 1% mala calidad. Concluye en que los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad.

Mientras que a nivel nacional se evidencia que, aunque la temática fue poco abordada, tiene relación con los posicionamientos teóricos que dimensionan los registros en estructura y contenido y dan relevancia a la aplicación del proceso de Enfermería, como la investigación de tipo descriptiva, observacional y longitudinal realizada por Giraudó, P.; (2015) bajo el título de: "Evaluación de calidad de los registros de Enfermería en el sector de terapia intensiva en el hospital de San Vicente De Paul de Villa del Rosario" Córdoba, Argentina, con el fin de analizar la calidad de los registros de enfermería en el sector de Terapia Intensiva. Su población estuvo conformada por 237 historias clínicas, utilizando como instrumento una grilla de cotejo con 35 ítems, La evaluación de la calidad de los registros las realizó en dos etapas de 6 meses, se evaluó calidad de los registros de enfermería subdividido en estructura y contenido, permitió a través de la observación directa de los registros de enfermería evaluar la calidad, teniendo en cuenta los aspectos asistenciales, éticos, legales, desarrollo profesional y el cumplimiento del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Realizó un análisis comparativo de los resultados de dos semestres evaluados: el 1º y 2º semestre considera el balance hídrico, un 83% en el 1º realiza plan de cuidados, mientras que en segundo semestre es el 91%. Mencionando los procedimientos del paciente, en el 2º el 95% mejorando con el 1º que era tan sólo 72%.

En estructura se observa mayor eficacia en el segundo semestre en el primero no contemplaban en un 82%, porcentaje que desciende al 17% en el segundo semestre. En la estructura con respecto fecha y hora en el primer semestre, presenta un cumplimiento del 90% y en el segundo semestre el 100%. La comprensibilidad mejora del 78 al 88% y la no adhesión desciende considerablemente al 12%, según continuidad representa el 80% en el primer semestre y 90% en el segundo. La presencia de errores en la última etapa del primer semestre era de un 68% y en el segundo disminuye al 25%, la legibilidad en el primer semestre era del 80% y en el segundo aumenta al 90%, la presencia de firma y sello: mejora en el segundo semestre con adhesión del 80% al 100%, según Valoración se destaca la falta de adhesión que en el primer semestre era del 85%, descendiendo en el segundo al 20%, según planteamiento se destaca la falta de adhesión en el primer semestres que es de un 89% y desciende en el segundo al 26%, según ejecución mejora al 80% en el segundo semestres, según evaluación en el primer semestre la falta de adhesión era del 87% y desciende en el segundo al 26%, conclusión en el primer semestre los registros no adhieren a los criterios en el segundo semestre alcanzan más resultados positivos.

Otra autora también centra su investigación, en la aplicación del proceso de enfermería, Mejía Díaz, (2018) en su estudio descriptivo, transversal correlacional no experimental con un modelo cualitativo y cuantitativo, como instrumento de recolección de datos utilizó una encuesta que se aplicó a una muestra formada por 25 profesionales de enfermería (a todo el universo) del servicio de pediatría del Hospital Divina Providencia – San Lorenzo.

Con el objetivo de desarrollar estrategias educativas para la inclusión del modelo S.O.A.P.I.E. (Datos Subjetivos, datos objetivos, interpretaciones y análisis de los datos, plan de atención, intervención o ejecución, evaluación de los resultados esperados)

Para mejorar y evaluar la calidad de los registros del sitio en estudio, los resultados muestran un cambio significativo en la calidad y conocimiento luego de la aplicación del modelo: respecto a los registros de enfermería antes de la capacitación presentaba un 76 % de respuesta errónea y 24% respuesta de respuesta correcta, después de la capacitación: respuesta de correcta con un 80% y respuesta errónea desciende al 16%.

El tiempo que empleado para la redacción de informes de enfermería antes de la capacitación presentaba respuesta errónea el 68% y respuesta correcta 32%, después de la capacitación; respuesta correcta 84% y respuesta errónea 16%. Respecto del propósito de los informes de enfermería antes de la capacitación presentaba respuesta errónea 68% y 32% respuesta correcta, después de la capacitación: 96% respuesta correcta, respuesta errónea 4%. Las taxonomías NANDA, NIC Y NOC antes de la capacitación presentaba respuesta errónea 28% y respuesta correcta 72%, después de la capacitación: respuesta de correcta 100%. Los informes de enfermería en base a las taxonomías NANDA, NIC, Y NOC antes de la capacitación presentaba respuesta errónea 100%, después de la capacitación: respuesta correcta 92%, respuesta errónea 8%. Los conocimientos del modelo SOAPIE antes de la capacitación presentaba respuesta errónea 85% y 15% respuesta correcta, después de la capacitación la respuesta de correcta 92% respuesta errónea 8%. El modelo SOAPIE presentaba en respuesta errónea un 95% y respuesta correcta 5%, después de la capacitación: respuesta de correcta 92% respuesta errónea 8%.

La recorrida por el estado actual del conocimiento, permite visualizar diversos factores que afectan la calidad de los registros, de los cuales abordaré las características del personal, también denominadas “Características Sociodemográficas”, a nivel

internacional contamos con abordajes de contemplan estas variables en relación a la calidad percibida: Oviedo Zuñiga, R., Tapia Fuentes, V., (2018) en su estudio de tipo no experimental, correlacional, de corte transversal, analiza cómo las características de los usuarios inciden en la percepción de la calidad de atención de enfermería, su contexto de estudio fue en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima, Perú.

En cuanto a la población estuvo constituida por 200 pacientes (el 100% de los pacientes), que permanecieron internados en la unidad de medicina, cirugía y ginecología. Los instrumentos utilizados Newcastle Satisfaction Nursing Scales (NSNS) la satisfacción de Newcastle con escalas de enfermería: un instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería.

Los resultados evidencian una relación significativa con las variables sociodemográficas como es el grado de instrucción con un valor de $.023 < 0,05$ y con los días de hospitalización con un valor de $.003 < 0,05$.

No se encontró relación con el sexo, edad y estado civil; también se demostró que el 53% de pacientes percibieron un nivel de calidad de atención de enfermería muy buena, el 26,5% percibieron un nivel de calidad de atención de enfermería buena, el 15.5% percibieron un nivel de calidad de atención de enfermería completamente buena, el 4.0% percibieron un nivel de calidad de atención de enfermería regular, seguido del 1.0% que percibieron un nivel de calidad de atención de enfermería mala.

Los autores concluyen en que existen características sociodemográficas relacionadas a la calidad de atención de enfermería como son las variables grado de instrucción y días de hospitalización y el gran número de pacientes percibieron una calidad de atención de enfermería muy buena.

A nivel nacional, Farías, A., Rojas, R., Shocron, S., (2016) realizaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal; sobre "Calidad de vida profesional percibida por el personal de enfermería de los servicios cerrados" (2016), la población conformada por 15 personas que cumplen funciones en un hospital general público de la ciudad de Maipú, Mendoza (Argentina), 8 enfermeras y 7 enfermeros.

Las edades de los integrantes de la muestra oscilan entre 20 y 50 años. El instrumento utilizado fue un Cuestionario de Calidad de Vida Profesional de 35 ítems (CVP-

359 anónimo), autoadministrado, validado por Cabezas (2000) para la población española. Se evalúa la calidad de vida profesional, mediante 35 preguntas cerradas que hacen referencia a la percepción que tienen los trabajadores de las condiciones de su puesto de trabajo.

En los resultados que pueden evidenciarse con respecto a la caracterización del personal estudiado según datos bio-socio-demográficos, se observó tomando en cuenta el género, un grupo heterogéneo conformado por 46,6% de hombres y 53,4% mujeres; según la edad el 53,3 % son personas entre 41 a 50 años, seguido por 26,6% de personas de 20 a 30 años y en un porcentaje menor 20,1% de personas de 31 a 40 años, el 80% tienen hijos, con respecto al estado civil el 32 % es soltero, 22 % casado, 28% divorciado y el 14% viudo.

Según la antigüedad el 46,6 % tiene menos de 5 años y están en situación de prestadores de servicio; y el 53,4% restante llevan más de 6 años dentro de la terapia intensiva con cargo de planta permanente, del cual solo el 6,8% (que se VI compone solo de mujeres) llevan más de 15 años en el mismo. El 86,6% se compone de enfermeros con nivel de formación profesional.

Los autores concluyen en que personal de enfermería se encuentra medianamente satisfecho con su Calidad de Vida Laboral Global, entendiendo a ésta, como un fuerte indicador de las experiencias humanas en el sitio de trabajo y el grado de satisfacción de las personas que lo desempeñan, el mayor indicador de insatisfacción observado fue lo referente a salarios y derechos contractuales.

Pese a ello, disponen de una alta motivación intrínseca, reforzada, por el elevado apoyo que reciben de sus compañeros y familiares, así como por el sentimiento de estar orgullosos de su trabajo y la capacitación para su desempeño. Existe una relación significativa entre la calidad de vida profesional percibida y la motivación intrínseca, así como con el apoyo directivo. El sexo, ha sido la única variable sociodemográfica analizada que influye en la percepción de la calidad de vida profesional.

Otros abordajes analizan las relaciones con el ámbito laboral, entre ellos Gabini, S., (2018) que realizó una investigación fue empírica, de corte transversal, cuyo objetivo fue verificar empíricamente si las variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, cargo, antigüedad, estado civil y rubro), organizacionales (cultura organizacional, trabajo flexible)

y los factores disposicionales (compromiso organizacional, articulación trabajo-familia, satisfacción laboral) desempeñan el rol de “*predictores del rendimiento laboral*”. Su población en estudio estuvo conformada por 383 trabajadores de varias empresas de distintos rubros de la ciudad de Rosario.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Rendimiento Laboral Individual de Koopmans para valorar el RL., escala tipo Likert para valorar los reactivos, escala unidimensional, Escala Satisfacción Laboral Genérica de Mac Donald y Mac Intyre (1997), adaptada por Salessi y Omar (2016), Escala de Prácticas Organizacionales, a Escala de Compromiso Organizacional de Allen y Meyer, Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia, cédula de recolección de datos incluyó un apartado destinado a recabar información acerca de la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de escolaridad, el cargo del empleado (gerencial vs. no gerencial), la antigüedad laboral y el ramo de actividad (servicio, comercio, industria, salud y educación) de los participantes. Los resultados en cuanto a las variables sociodemográficas evidenciaron que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, según nivel de formación, universitarios presentaron mayor rendimiento laboral.

Los resultados obtenidos permiten visibilizar una interacción positiva y beneficiosa entre las variables utilizadas.

Desde la misma perspectiva de estudiar la relación entre Desempeño laboral y las características que denomina biográficas; Bartolo Ramos, J., (2018) realizó una investigación aplicada, de tipo descriptiva correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal, de método analítico. La población estuvo conformada por 57 trabajadores administrativos de la Municipalidad, como instrumento se utilizó un cuestionario de 24 ítems distribuidos en 5 dimensiones y 21 indicadores, el análisis de datos se realizó por medio de técnicas estadísticas inferenciales y descriptivas.

En cuanto a los resultados relacionados con el desempeño laboral según nivel de formación se evidencia: del total de personal (16) con nivel de educación escolar 14,0% presenta desempeño regular y ninguno muestra un desempeño muy malo. De los 32 pertenecientes al nivel de educación superior técnica, reflejan buen desempeño en un 22,8%, sin que ninguno presente un desempeño muy malo, En relación al personal con formación universitaria un total de 57, el 7,0% presenta un mal desempeño, desempeño bueno 3,5% y ninguno presenta un desempeño muy bueno.

En el estudio cuantitativo, no experimental transversal y descriptivo-comparativo, de Chumpitaz Ipanaque, J., (2017); se enfoca en el desempeño laboral según edad, nivel de formación y situación de doble empleo; su población estuvo conformada por 25 licenciadas y técnicas de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla, implementó como técnica una encuesta y como instrumento un cuestionario de evaluación del desempeño laboral por competencias, que consta de 21 ítems tipo Likert; los resultados arrojados de la evaluación del desempeño según edad no presenta indicadores significativos en personas mayores a 51 años es regular el 66,7%, bueno el 33,3%; en el personal de 41 a 50 años regular representa el 75,0% y bueno 25,0%, en personal de 31 a 40 años el desempeño fue regular en el 22,2%, bueno 77,8%, en el personal de 20 a 30 años regular representa el 33,3%, bueno 66,7% y ninguno presenta un mal desempeño; según nivel de formación evidencia un mejor desempeño en quienes poseen título de grado: Licenciadas de enfermería regular 23,1%, bueno 76,9%; Técnico de enfermería regular 58,3%, bueno 41,7%; según el indicador situación de doble empleo los que presentan un segundo trabajo poseen un rendimiento regular en un 66,7% y bueno el 33,3% , evidenciando una mejor tendencia al rendimiento en el personal que no posee doble empleo con un rendimiento regular en el 36,4%, y bueno el 63,6%.

Estos resultado permiten relacionar los factores subjetivos con la satisfacción laboral, tal como lo estudió Rodríguez Fernández, S., (2015).; por medio de un abordaje descriptivo, correlación, transversal; realizado en el hospital Eleazar Guzmán Barrón, con una población formada por enfermeros pertenecientes a diferentes servicios de hospitalización, para su estudio implementó como instrumento una encuesta de satisfacción laboral del MINSA (Ministerio de salud del Perú) y la ficha de características sociodemográficas y laborales, llegando a resultados que revelan que el 54,2% de las enfermeras presentó un alto grado de satisfacción laboral y el 45,8% un bajo grado, el alto grado de satisfacción de la laboral se relaciona con la edad y no con el resto de las características sociodemográficas sexo, estado civil, grado académico y capacitación especializada, antigüedad en el servicio, trabajo adicional y condición laboral.

Según las características sociodemográficas del personal de enfermería, en cuanto a la variable sexo, los resultados no evidencian diferencias significativas entre ambos géneros; el 54,3%, de las mujeres presentan satisfacción laboral versus 50% de los hombres.

No obstante, hace referencias a estudios anteriores que arrojan datos diferentes donde si existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción de la satisfacción, por lo tanto, esto indica que los resultados no pueden ser generalizados, por tal motivo dicho estudio permitió ver cómo operan estas variables dentro del sitio evaluado y para ser tenido en cuenta para futuras investigaciones.

En cuanto a la variable Edad el personal mayor a 60 años presenta un 100% de satisfacción, mientras que de 36 a 59 años alta satisfacción el 64,5% y baja 35,5% de 20 a 35 alta 80% y baja el 20%.

En cuanto a la variable antigüedad en el servicio de hospitalización, el personal con menos de un año presenta el 100%, de 1 a 4 baja satisfacción 45,5% y alta 54,5%, personal de 5 años o más baja satisfacción 47,2% y alta 52,8%. Satisfacción laboral según nivel académico 50% del personal con grado académico de maestría o doctorado presenta satisfacción laboral, (Doctorado 100% de satisfacción, Magister 71,4%, personal asistencial 61, 5%, y el personal con grado de bachiller presenta un bajo nivel de satisfacción laboral) lo cual indica que a mayor grado de preparación aumenta la percepción de satisfacción laboral. Personal con situación de doble empleo presenta un 100% de satisfacción laboral personal con tareas administrativas y empresariales, seguido por personal con otro tipo de funciones 66,7%, con actividades de docencia representa el 60% de satisfacción.

A partir de estas investigaciones y desde la experiencia en la práctica laboral surge la necesidad de realizar el siguiente trabajo, con el propósito de evaluar la Calidad de los registros y describir el grado de influencia que presenta en éstos, las características del personal que cumple con tareas asistenciales en los servicios de cuidados críticos de un hospital público. Para revalorar y resignificar la importancia que tienen las notas de Enfermería, entendiendo que estos constituyen un elemento central de la práctica, son la columna vertebral y pilares en los cuales se debe sustentar la práctica diaria; permitiendo, coordinar, organizar y garantizar la continuidad de los cuidados.

Partiendo de la premisa “Lo que no se registra es como si No se hubiese hecho”, consideramos la importancia y relevancia profesional (ya que la calidad de los registros repercute en todas las disciplinas que integran el equipo de salud por que permiten evidenciar el grado de idoneidad científica y asistencial), relevancia institucional (prestigio de la asistencia brindada por la institución prestadora) y principalmente la relevancia social,

para el sujeto, familia y comunidad quienes son depositarios del conjunto de métodos y prácticas realizadas para mejorar su estado de salud.

A raíz de todo lo antes mencionado el propósito de este proyecto es relevar los datos obtenidos a las autoridades de la institución, para que por medio de estos, puedan elaborar estrategias que permitan modificar las actitudes y aptitudes que determinan la calidad actual de los registros.

Por lo tanto, la importancia del abordaje de esta temática radica en las repercusiones que su adhesión implica: en lo legal son instrumentos de defensa ante demandas judiciales pues evidencian retrospectivamente las prácticas de los cuidados brindados, en el aspecto ético permiten dejar manifestado el cumplimiento de los principios de bioética, favorecen la gestión tanto Clínica, como la de Recursos pues aportan indicadores que permiten determinar el grado de demanda y cómo ajustar la oferta para satisfacerla; en lo asistencial permiten la identificación de necesidades, establecer diagnósticos, prioridades, planificación, ejecución de cuidados, siendo este último el propósito de la profesión. De esta forma el abordaje favorece el desarrollo de la disciplina.

En base a los antecedentes analizados se logra formular el siguiente problema: ¿Cómo influye en la calidad de los registros la edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión y situación doble empleo del personal de enfermería en los servicios de cuidados críticos de un hospital público, durante los meses de mayo, junio y julio de 2021?

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema se desprenden el siguiente objetivo general: Analizar la influencia en la calidad de los registros según edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión, situación de doble empleo, del personal de enfermería de un servicio de cuidados críticos en un hospital público, durante los meses de mayo, junio y julio de 2021. Y como objetivos específicos; Describir la calidad de los registros según dimensión estructura y contenido; Caracterizar al personal de enfermería según edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral y situación de doble empleo.

A partir de los objetivos se llega a las siguientes tentativas de puesta:

- La calidad de los registros de enfermería según dimensión estructura es buena, en el personal menor a 50 años, perteneciente al sexo femenino, con mayor nivel de formación, menor antigüedad laboral en la profesión, y que posee un solo empleo.
- La calidad de los registros de enfermería según dimensión estructura es regular en el personal de género masculino, y quienes poseen considerable antigüedad laboral en la profesión.
- La calidad de los registros de enfermería según dimensión estructura tiende a ser mala en el personal cuya edad es mayor a 50 años, de género masculino, con nivel de formación básico o de pregrado, en quienes presentan mayor antigüedad laboral en la profesión y aquellos con situación de doble empleo.
- La calidad de los registros según dimensión contenido es buena en el personal con mayor nivel de formación y en quienes poseen menor antigüedad laboral en la profesión.

- La calidad de los registros de Enfermería según dimensión contenido es buena en el personal con mayor nivel de formación y en quienes poseen menor antigüedad laboral en la profesión.

Marco Teórico

Para este estudio que pretende analizar cómo influyen las características del personal en la calidad de los registros de enfermería, es necesario para la comprensión del tema, ver los aportes y miradas teóricas, que permiten llegar a definiciones de aspectos centrales, relacionados a la problemática a abordar.

En primera instancia, un recorrido desde las perspectivas teóricas clásicas, permite distinguir la existencia de dos componentes fundamentales para organizar los registros. *Florence Nightingale* enfatizó en la importancia de los datos obtenidos a través de la observación, permite conocer al sujeto de cuidado, realizar la anamnesis, examen físico, detección de signos y síntomas, etc., que en su conjunto conformaría la dimensión Estructural, mientras que la dimensión contenido se sustenta en los aportes de Virginia *Henderson* que destacó la importancia de establecer un plan de cuidados por escrito, para satisfacer las necesidades de los sujetos de atención; mientras que *Nightingale* sentó las bases del método científico aplicado a la enfermería, ambos aportes constituyen el Proceso de atención de Enfermería (P.A.E.).

Para comprender la importancia que poseen los registros en todas las áreas de la disciplina de enfermería, es necesario definir la función de la Historia Clínica, tanto desde el marco legal como desde una visión teórica. Según los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley Nacional N° 26.529, (2009), en su artículo 12 la define como “Documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”, a su vez en el artículo 16 establece los registros que la integran: “Los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de **enfermería**,” Por lo tanto, llegamos a la noción de que los registros de Enfermería son un componente de la historia clínica, bajo el criterio legal de unidad e integridad del documento, estos son inseparables e indispensables.

Quevedo Ríos, G, (2017); los define como “documentos específicos que hacen parte de la historia clínica en los cuales se registran cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el personal de enfermería brinda, a los sujetos de cuidado a la persona y a la familia” y por su parte Vega, Y., (2017) establece

que son aquellos que están confeccionados según normas y requisitos, orden, características (objetivos, exactos, completos, concisos, actualizados, organizados, confiables), deben estructurarse conforme a las etapas del proceso de enfermería, por lo que permiten el bienestar del paciente.

Por su parte la Real Academia Española (2020), define calidad como “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.

Según la Organización Internacional para la Estandarización, (2015) Normas NC/ISO 9000 2005 *Es el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.*

En base a la legislación y aportes teóricos previos podemos decir que el registro de enfermería es un elemento constituyente de la historia clínica y que la calidad es el grado máximo de cumplimiento en cuanto a normas, directrices de estructura, contenido, redacción y llenado del conjunto de apartados, hojas e instrumentos que los componen; permitiendo evidenciar los cuidados y el universo de acciones brindadas, que favorecen la comunicación, coordinación y continuidad de la atención del sujeto, familia y comunidad.

Entendiendo al Cuidado desde la perspectiva Watson; como la esencia de enfermería, proceso inter y transpersonal, que inicia cuando el Enfermero entra al campo fenomenológico del paciente, es decir, a su realidad subjetiva, por lo tanto, puede percibir las necesidades del sujeto de atención, y se evidencia en las acciones.

Los aportes de esta teórica permiten identificar dos componentes del cuidado, para Rivera Álvarez, L.; Triana, A., (2007) consideran al mismo como acciones que involucran aspectos subjetivos de quien brinda el cuidado como los del sujeto de cuidado y los aspectos objetivos que constan de acciones dirigidas a la satisfacción de las necesidades básicas por medio del uso sistemático del proceso de atención de Enfermería.

Respecto de la importancia que adquieren los registros dentro de la disciplina, Bustos, G., Perepelycia, L, (2010) afirman que “Los datos descriptivos son los aspectos observados, estos datos se relacionan con el cuidado invisible; son el registro de las acciones que articulan los cuidados prescritos con las acciones independientes” (...)

“evidencia el perfil personal de enfermería, su nivel de formación y el respeto por los valores éticos”, (pág. 26).

Es decir, es en los registros donde quedan de manifiesto los patrones de conocimiento de Enfermería, para Escobar Castellanos, B.; Sanhueza Alvarado, O, (2018).

El patrón Empírico o ciencia de la enfermería, “es el conocimiento organizado de forma sistemática en leyes y teorías generales” es por el cual el enfermero puede relacionar los problemas detectados en el sujeto de atención, relacionarlo con las posibles causas, determinar posibles problemas potenciales y determinar el curso de acciones a realizar, por el Patrón estético se visualiza, en la creatividad del profesional, muchas veces hay acciones, métodos de trabajo, que no son expresadas en las bibliografías académicas sino que son producto de la experiencia que determinan formas de intervención y que son propias de cada sujeto y su contexto, el patrón Ético se relaciona con la sensibilidad del enfermero, la misma lo lleva a que sus acciones impliquen el cuidado de los principios éticos respecto del paciente, siendo este vínculo una relación interpersonal y humanizada. Entender estos aspectos permite tomar magnitud de cómo repercuten en la profesión, el dejar asentado por escrito el arte de las ciencias de Enfermería

A su vez junto con la importancia para la disciplina, es imprescindible mencionar otras funciones generales que poseen los registros; Vega, Y., (2017) y Mejía Díaz, (2018) plantean las siguientes:

- 1- Comunicación: a través de los registros los miembros del equipo se mantienen informados sobre el estado del paciente. Permite la continuidad de la atención y evita la duplicación de información.
- 2- Investigación y Estadística: los registros brindan datos para estudios retrospectivos con fines educativos y científicos, permite clasificar pacientes, evaluar la capacidad instalada del servicio, demanda, clasificar pacientes según grado de complejidad, establece índice ocupacional, giro cama.
- 3- Educación: tanto alumnos como docentes pueden emplear los registros como instrumento para la formación debido a que permiten visualizar cómo ingreso el

paciente, antecedentes, diagnóstico, intervenciones médicas y de enfermería, etc.

- 4- Revisión, evaluación y Auditoría: permite evaluar la asistencia brindada por los profesionales y la institución, se evidencian no sólo los cuidados brindados sino el desempeño de enfermería.
- 5- Podemos añadir otro aspecto relevante como la Gestión de recursos ya que la calidad de los registros es un indicador que permite estimar la dotación necesaria destinada a las unidades de cuidados y los recursos materiales para garantizar la continuidad de la asistencia.

La Utilidad de los registros tiene dos aspectos generales de suma importancia, el primero es el *aspecto legal*, basados en la legislación, podemos determinar que los registros son una herramienta legal ante posibles demandas por mala praxis, ya que los mismos dan cuenta de forma cronológica y constante las acciones brindadas y las respuestas del paciente ante las mismas. Para cumplimentar con este se debe respetar, la unidad de la historia clínica, el registro de datos referentes al paciente y toda actividad realizada en los mismos.

El segundo aspecto es el rol en la Gestión de servicios de Enfermería; debemos diferenciar dos componentes de ésta, Arzani, E., Muñoz, N., Chervo, A., (2001) presentan dos dimensiones que la componen: "Gestión Clínica que se ocupa de *"Aumentar y asegurar la calidad de la atención"*; y la Gestión de recursos; *implica el análisis de tres aspectos; disponibilidad, el rendimiento, y el aprovechamiento*" (Pág.4-5).

Por lo tanto, los registros de enfermería, constituyen una herramienta fundamental, debido a que en la **gestión de recursos**, permiten optimizar su aprovechamiento, determinar la cantidad y calidad necesaria de los mismos y al ser una herramienta de comunicación intra e inter servicio, permite ver el nivel de diálogo entre el personal de Enfermería, trabajo interdisciplinario, articulación con otras dependencias del efector, prever situaciones que pudieran generar conflictos y establecer posibles vías de resolución; y respecto de la **gestión clínica** contribuyen a establecer el grado de complejidad, estimar el tipo de cuidados brindados, necesarios y la continuidad de los mismos, el nivel de formación adecuado del personal para garantizar la aplicación de procesos de enfermería, asegurando así la calidad de la atención. Esto se logra por medio del análisis de los distintos aspectos de la práctica enfermera; que visualizan en las distintas anotaciones.

El primer aspecto que permiten determinar, comprende los **procedimientos y métodos de trabajo**, para Balderas Pedrero, M, (2009) éstos(...) *“son guías de acción detallada,”*(...), (pág. 76), y sus funciones, menciona que: (...) *“sirven para orientar la acción del personal a nivel aplicativo”* y (...) *“señalar la secuencia cronológica de las acciones que sea más adecuada para obtener resultados positivos”* (pág. 77), (...) *“simplificar el trabajo y aprovechar al máximo los recursos disponibles”,* (...) y *“mejorar la eficiencia”* (...) (pág. 77). Por lo que conocer cuál es la forma actual y/o necesaria de los sistemas **de trabajo**, permiten comprender las características cuantitativas y cualitativas del personal, el grado y complejidad de la demanda, lo cual favorece el cálculo de la dotación necesaria, determinar el grado de capacitación del recurso humano y la necesidad de establecer programas de formación del recurso humano, para poder satisfacer las necesidades asistenciales de la población. Existen cuatro sistemas principales de abordaje, entre estos se encuentran:

- El sistema de trabajo por paciente, que se utiliza en casos donde existe una dotación total adecuada, en la que se asigna una determinada cantidad de usuarios acordes a las políticas institucionales, este sistema permite el vínculo interpersonal desde un abordaje integral y continuo del sujeto de atención.
- Sistema de trabajo por funciones o funcional, donde la dotación asume una determinada cantidad de actividades; este modelo se puede utilizar en base al nivel de formación y/o según la antigüedad laboral en la profesión, es decir que se asignan tareas de gran complejidad al personal con mayor capacitación sea esta formal (Licenciados, Especialistas, Enfermeros asistenciales) o empírica (Enfermeros con una amplia antigüedad en el ejercicio de la disciplina y/o área). Por ejemplo, los licenciados pueden encargarse de la planificación de cuidados, examen físico, mientras que el personal asistencial, realizaría la preparación y administración de fármacos; y el personal auxiliar o de nuevo ingreso abordaría actividades de higiene, nutrición, etc.).
- El sistema de trabajo mixto, se emplea cuando existe un déficit cualitativo o cuantitativo en el personal de enfermería; la asignación de pacientes de estados críticos o graves se adjudica al personal más capacitado, es decir que éstos llevarán a cabo aquellas tareas dirigidas a paliar el estado crítico del sujeto atendido, mientras que el resto del personal efectuará actividades de menor complejidad en el mismo usuario.

- Y por último el sistema de trabajo en equipo: en este abordaje el personal con mayor preparación opera como encargado del servicio, lo cual implica aptitud de liderazgo, siendo el resto del equipo, colaboradores de éste.

Otro aspecto que visualizan, es el **tipo de rutinas y actividades** que se realizan, las cuales sirven para identificar el flujo de trabajo, volumen global de demanda, necesidad de normatizar y protocolizar las acciones que ejecuta el personal como así también determinar cómo operan los sistemas de coordinación del servicio; Arzan, E., Adué, I., Muñoz, N., Micozzi, T., (2019), las clasifican las actividades según funciones:

- **Por áreas:** Asistencial, administrativa, docencia, investigativa.
- **Según correspondencia:** (Corresponde/No corresponde) que permite determinar fundamentalmente el modelo de trabajo interdisciplinario y los niveles de cumplimiento o incumplimiento de leyes profesionales y normas institucionales, grado desvirtuación intrínseca se refiere a actividades realizadas en las que no se contempla el nivel de formación y desvirtuación extrínseca se refiere a actividades realizadas por el personal de enfermería que corresponden a otras áreas, disciplinas y servicios.
- **Según nivel de decisión:** (Independiente/Interdependiente) para determinar grado de autonomía, capacidad de decisión, aptitud, permitiendo relacionarlo con el nivel de formación y la necesidad de establecer programas o estímulos dirigidos a la capacitación.
- **Según grado de complejidad:** se relaciona directamente con el grado de complejidad del servicio y de pacientes, que determinan el tipo de actividades que se realizan, y la necesidad de establecer normas, protocolos y programas de capacitación para el personal.
- **Según uso:**
 - ✓ *Grado de especificidad:* (actividades específicas o generales) se refiere a si corresponden a actividades de determinada especialidad, que implican uso de técnicas y procedimientos.
 - ✓ *Frecuencia:* (Frecuente/Esporádicas) permite determinar la frecuencia de las actividades para establecer normas y protocolos tanto para ambas, en el caso de las frecuentes requieren sistematización, y las pocas frecuentes

requieren contar con un protocolo, ya que aquello que se realiza con poca frecuencia tiende a olvidarse.

✓ *Prioridad* (I, II, III,) Indica la urgencia de establecer protocolos para racionalizar actividades.

- **Actividades normatizadas.**
- **Plus de rutinas**, es decir aquellas actividades que se realizan, pero no son registradas.

El segundo aspecto de análisis que favorece, abarca la **clasificación del tipo de pacientes, complejidad de la demanda y cantidad de horas necesarias para la atención**, que permiten determinar la relación Enfermero-paciente.

En cuanto a la clasificación de pacientes según grado de complejidad, Reyes Segura, S., Parellada Blanco, J., Elena García Vega, M., Martínez Verzonis, N, (2015), los clasifican en cuatro categorías según estimación por medio de puntajes, por medio de la aplicación de Scores:

- *Clase I: Enfermos con menos de 10 puntos. No requieren de UCI.*
- *Clase II: Enfermos con 10-19 puntos. Estables que requieren observación.*
- *Clase III: Enfermos con 20-39 puntos. Estables con monitorización invasiva o no y vigilancia intensiva. La evolución más probable es la mejoría.*
- *Clase IV: Enfermos con 40 o más puntos. Inestables que requieren cuidados médicos y de enfermería intensiva con frecuentes valoraciones y cambios de órdenes de tratamiento. Estos pacientes tenían uno o más órganos afectados que hacía que el pronóstico de vida fuera impredecible. Y criterios para permanencia en unidades de cuidados críticos a su vez la cantidad de personal necesario para poder brindar atención. (pág.53-66).*

Otra clasificación es la expuesta por Añón Elizalde, J., Cabestrero Alonso, D., M^a Paz Escuela Gericó, García Aparicio, J., García García, S., Goded Rumbaud, F., Quintana Díaz, M., Ruza Tarrío, F., Serrano Hernández, N., Suárez Gonzalo, L., Zarazaga Monzón, A, (2006) la cual es determinada por medio de la utilización del TISS Scores 28 (utilizado en los servicios en estudio), que permite estimar la relación enfermero paciente y el grado de complejidad del usuario; donde una puntuación de 20 a 39 corresponde a **Vigilancia**

Intensiva, la cual requiere un enfermero cada dos usuarios; y en puntuación mayor a 40 implica **terapéutica intensiva** la cual requiere de uno a dos enfermeros por paciente, respecto a la relación entre cantidad de enfermero- paciente. Por su parte la Sociedad Argentina de Terapia intensiva, (2015) establece una relación de 2 pacientes críticos por cada enfermero y Balderas Pedrero, M, (2009) menciona tres métodos para clasificar el grado de complejidad de los pacientes: *“El sistema de clasificación de pacientes por diagnóstico; el suministro de personal de acuerdo con la gravedad del paciente, y la asignación de personal por tiempo requerido para la atención de enfermería”*. (pág. 85), es decir, que el grado de complejidad permite a su vez estimar la cantidad de horas necesarias de atención, siendo: *“Cuidados mínimos (convalecencia, consulta externa, atención domiciliaria y franca recuperación). 1 a 2 horas; cuidados parciales (hospitalización, no graves o delicados). 3 a 4 horas; atención directa (pacientes delicados, de cirugías, pacientes pediátricos y prematuros). 5 a 6 horas; cuidado intensivo intermedio (pacientes de urgencias, con necesidad de reanimación, pacientes graves, pacientes con tratamientos complejos y en vías de recuperación). 7 a 8 horas; cuidado intensivo (pacientes graves en fase complicada de tratamiento, pacientes en postoperatorio mediato y pacientes con tratamiento de tercer nivel de atención médica). 10 a 14 horas”*. (pág. 86).

Y Por último permite la **evaluación del desempeño laboral**, Según Bartolo Ramos, J., (2018) (...) *“es un proceso técnico a través del cual, en forma integral, sistemática y continua, realizada por parte de los jefes inmediatos se valoran el conjunto de actitudes, rendimientos y comportamiento laboral del trabajador en el desempeño de su cargo y cumplimiento de sus funciones, en términos de oportunidad, cantidad y calidad de los servicios producidos. La evaluación de los recursos humanos, es un proceso destinado a determinar y comunicar a los trabajadores la forma en que se están desempeñando en su trabajo y en principio a elaborar planes de mejora”*. (pág. 35).

A su vez es de suma importancia determinar las posibles consecuencias que representa la falta de adhesión a los registros:

1) En lo legal:

El Decreto Reglamentario de la Ley 24.004 de Enfermería Profesional: Decreto Nacional 2.497/1993 (1993) establece posibles sanciones ante el incumplimiento, a su vez la falta de adhesión puede ser tomada como presunción de mala praxis, conceptualizada por Álvarez, A., Salinas, J., Chervo, A., Duhalde W., (2012) Como: *“Uso indiscriminado e irresponsable de drogas, tratamientos no*

específicos o la utilización de las mismas sin hacer caso de las contraindicaciones” (pág. 4)

A su vez mencionan que esta puede ser juzgada si están presente las siguientes acciones: Negligencia, es la falta de aplicación u omisión de actividades y responsabilidades, que generan daño; Imprudencia, hace referencia a la aptitud de actuar de forma irreflexiva sin tener en cuenta las consecuencias de los actos; Impericia, hace referencia a la ausencia de los conocimientos mínimos necesarios, Inobservancia, es la falta de adhesión a normativas, cuyo resultado genera daño.

Cuyas faltas están contempladas por el código civil que establece reparación económica del daño, y el código penal que puede establecer: prisión, multas, inhabilitación, etc. Añaden:

Cuando se juzga la falta de responsabilidad no se puede aducir ignorancia, desconocimiento o involuntariedad de cometer daño, Las Pruebas que el personal de Enfermería tiene para su defensa son:

- El registro debidamente escrito (Requisitos legales, detalles clínicos, etc.). Todo enfermero/a debe registrar todo lo realizado y evaluado en relación a paciente.
- El cumplimiento de todas las prestaciones con todos los pasos correspondientes. (pág. 4)

2) Aspectos éticos:

Contemplando los principios éticos del informe de Belmont, y la Ética de la virtud, que, según Barrio I., Molina, A., Sánchez, c., Ayudarte, M., (2006) es aquella que se pregunta: ¿qué tipo de persona debo ser para llegar a ser una buena enfermera? (...) ¿qué principios debo respetar o qué actuaciones debo llevar a cabo para ser una buena profesional? (...) La persona virtuosa realiza actos conforme a los principios éticos; y el profesional respetuoso con los principios éticos en la rutina de su práctica profesional adquirirá esas actitudes. (pág. 43).

Ejemplo, el no registrar que se brindan cuidados paliativos a un paciente terminal, evidencia la falta de respeto por el derecho a la salud y el respeto a los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y trato digno.

3) Prestigio Institucional, del equipo de trabajo y del rol de la profesión de Enfermería:

Como se menciona en los dos puntos anteriores, la mala calidad de los registros más que evidenciar la sobrecarga laboral, menoscaba el prestigio profesional.

4) Riesgo para el paciente:

Este es el más importante de los aspectos mencionados, debido a que el paciente se encuentra en situación de vulnerabilidad, su salud está bajo el criterio y acciones de todo el personal, porque la omisión puede generar daños, por ejemplo, la omisión de indicaciones farmacológicas puede generar que el mismo no se administre o se duplique en caso de no informar la actividad realizada; generando daños a la salud que pueden ser irreparables.

En la actualidad existe una tendencia a la falta de adhesión a los registros de Enfermería, esto puede deberse a la falta de consensos, protocolos y normas de redacción, los aportes bibliográficos de investigaciones previas permiten llegar a la siguiente aproximación, que cumple con los requisitos legales vigentes en la República Argentina:

En lo referente a las normas para la confección Normas para la confección la en el Anexo I de la Reglamento de la Ley Nacional N. 24.004 establece:

- En el artículo 1 d) “Adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen los registros adecuados para la documentación de las prestaciones.
- Artículo 3 H) Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir;
- J) Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parenteral, mucosa, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada;
- O) Realizar el control y registro de ingresos y egresos de pacientes). Realizar el registro de evolución de pacientes y de prestaciones de enfermería del individuo y de la familia, consignando: fecha, firma y número de matrícula.”

Giraud, P., (2015) Propone las normas *OPCCO*; siglas que estructuran las normas de cómo y qué registrar, *Objetividad, Precisión, Claridad, Concreto, Organizado* (pág.26, 27):

- Objetivo: Se elabora en base a lo observado y ejecutado, tomando en cuenta reacciones físicas y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamiento y procedimientos realizados.
- Preciso: Explicar claramente la información que se quiere dar, destacar palabras vagas (tal vez, puede ser...)
- Claro: Utilizar letra legible, buena construcción gramatical, sin falta de ortografía.
- Concreto: No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tampoco tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo.
- Organizado: Que registre los datos más importantes en la evolución de la condición en sentido céfalo- caudal, las respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta o se realiza el cuidado.

Vega, Y., (2017), añade normas acerca de cómo deben ser los registros:

- Exacto y preciso: se refiere a que la información sea lo más detallada posible, por ejemplo, en el caso de describir una herida utilizar anatomía tipográfica, describiendo ubicación color, estado de piel y tegumentos presencia de exudado con características del mismo, etc.
- Actual: registrar siempre en orden a como suceden los hechos.
- Organizado: es decir siguiendo un orden, de lo macro a lo micro, céfalo caudal, en el orden como ocurre el proceso de atención de enfermería (P.A.E.)
- Comprensible y legible: implica tanto caligrafía, como el uso de resaltador en acontecimientos importantes, y el uso terminología, abreviaturas aceptadas para evitar errores de interpretación.

También junto con Mejía Díaz, (2018) plantean aquello que no corresponde registrar; Conflictos, déficit de recursos, omitir el registro de errores, no hacer mención con datos personales de otros profesionales, en el marco legal refiere que es conveniente dejar asentado fecha, hora, firma sello, no utilizar palabras o frases que se presten a confusión , letra clara, de lo posible en imprenta, no emitir opiniones ni juicios de valores, registrar datos subjetivos del paciente tal como fueron expresados, colocándolos entre comillas; no utilizar tachaduras, enmendaduras, no usar corrector, no dejar espacios en blanco ya que pueden ser completados por otros y prestar confusión (Trazar línea sobre estos), en caso de error se debe aclarar y registrar lo que corresponde luego de la aclaración, utilizar tinta indeleble ya que perdura, no utilizar lápiz. Recordar ¡¡Aquello que no se registró no se realizó!!

En cuanto a los tipos de registros o clasificación existe variedad, entre ellos conforme a los resultados arrojados por el estudio exploratorio (ver Anexo III) y los aportes de Vega, Y., (2017), y Hernandez Rodriguez, J. Diaz Hernandez, M. Sánchez Garcia, J., (2014) podemos observar cuáles son sus dimensiones y cómo se componen.

Dependiendo de la institución y tipo de servicio estos varían en función del grado de complejidad del área de trabajo, por lo que existen instrumentos que contienen mayor cantidad de apartados y subdivisiones para recolección de datos. Entre el abanico de registros, los clasificaremos en dos tipos;

➤ **Primero, Registros generales:**

Son aquellos que contienen información variada; Cuaderno de novedades, en este se registran cuestiones internas tanto del servicio como del área de enfermería; Report de Enfermería (en el que se incluyen datos relevantes de cada paciente por turno), Hojas de pedido de insumos, Hojas de pedido de ropa de cama, inventarios de control de stock de descartables y otros insumos, hoja de control de carro de urgencias, hoja de distribución del personal (mensual y por turnos), etc.

➤ **Segundo, Registros que constituyen la Historia Clínica:**

Hoja de Signos Vitales, Hoja de balance Hídrico, Kardex, Notas de enfermería. Estos serán abordados posteriormente ya que son dimensiones que estructuran la historia clínica.

A partir de los aportes teóricos de los diversos autores mencionados, los resultados del estudio exploratorio del sitio/contexto y las legislaciones, permiten establecer dos dimensiones que componen a los registros. La primera dimensión a considerar es la Estructura; para Vega, Y., (2017) está conformada por las distintas hojas que componen los registros: kardex, **hoja** gráfica, hoja de balance hídrico y notas o evolución de enfermería, lo que permite detallar con mayor precisión los datos necesarios para mejorar la comprensión.

En cuanto a la **Estructura** hace referencia a cómo y qué tipo de información deben contener: Real, objetiva, precisa, exacta, actual y completa, organizada, legible y clara lo que implica normas de lo que se debe y no se debe registrar, tanto en lo referente a situaciones como aspectos de su redacción como uso de correctores, tachaduras, tipo de

tinta, no utilizar espacios en blanco, utilizar solo terminología y abreviaturas oficiales y aceptadas, firmado y sellado del responsable de la asistencia, etc.

Para poder cumplir con estas normas y los requisitos legales es necesario abordar la Estructura en sus cuatro subdimensiones, es decir, sus partes componentes: Hoja de signos vitales, Hoja de Enfermería, Hoja de balance Hídrico Kardex.

Para poder comprender los diferentes indicadores que deben contemplar cada dimensión de los registros, es necesario hacer mención de generalidades; estas secciones de los registros deben permitir dar cuenta de parámetros vitales, estado de sistemas y aparatos, etc., para esto es necesario la utilización de dispositivos médicos, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, (2013) los define como herramientas para diagnóstico, monitoreo, tratamiento, prevención, etc.

Estos dispositivos se pueden clasificar en base a su función: **De monitoreo**, que permiten control hemodinámico, neurológico y respiratorio; **De soporte**, sirven para mantener las funciones vitales, es decir tienen una utilidad terapéutica.

Estos a su vez se pueden subdividir en **No invasivos** (que no alteran la integridad cutánea o sin ingreso al interior del paciente) e **Invasivos**: implica la pérdida de integridad cutánea y/o ingreso al interior del paciente.

En cuanto a estructura de los registros, **la Hoja de signos vitales** según Durán, A, (2017) tiene como objetivo fundamental “Identificar y evaluar la respuesta individual de las personas en relación a los distintos factores internos y/o externos que modifican los valores fisiológicos de los signos vitales”. (pág. 3). Permiten el monitoreo del estado hemodinámico, neurológico y respiratorio. Contienen los siguientes datos: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial, presión arterial media, saturación de O₂, FiO₂ (Fracción de oxígeno inspirado), glicemia; modo ventilatorio: se refiere al tipo de ventilación que presenta el paciente; si es espontánea, a aire ambiente, si es espontánea con aporte de O₂ por cánula nasal con los respectivos litros de O₂ ingresados por minuto, si es espontánea con aporte de O₂ por máscara Venturi con sus respectiva FiO₂ y cantidad de litros de O₂ ingresados por minuto, si es espontánea por traqueotomía, con aporte de O₂ por traqueotomía con sus respectivos litros y FiO₂, o con asistencia mecánica respiratoria, si es por máscara de ventilación no invasiva, si es por tubo

oro-traqueal, si es por traqueotomía; con sus diferentes modos (ventilación controlada por volumen, ventilación controlada por presión, ventilación con presión positiva no invasiva), volumen total (En pacientes con asistencia mecánica respiratoria), PEEP (presión positiva al final de la espiración); Escala de Coma de Glasgow y diámetro pupilar para valorar estado neurológico del usuario, presencia de úlceras por presión y su grado, dato que permite estimar el estado de la integridad de piel y tegumentos, por medio de la aplicación de la escala de Norton; TISS score: para evaluar el grado crítico del paciente y darle una puntuación; peso y talla (Datos que permiten determinar el cálculo de dosis farmacológicas).

Por su parte la **Hoja de Balance Hídrico**, para González Navas, J, (2015), tiene como propósito “conseguir un objetivo terapéutico y/o evitar las complicaciones derivadas de un exceso o déficit de aporte de líquidos” (pág. 2), permite estimar si los aportes de líquidos son suficientes para suplir las necesidades metabólicas, control de tratamiento de alteraciones hemodinámicas, determinar la volemia, alteraciones hidroelectrolíticas, función renal, función gastrointestinal, aportes necesario para mantener el estado nutricional, control de goteos de sedoanalgesia que permiten controlar el estado de coma farmacológico para que el paciente tolere las prácticas que se le realizan, los goteos de vasoactivos permiten estimar la respuesta del organismo manteniendo la perfusión adecuada, y para determinar el funcionamiento de los dispositivos invasivos que favorecen la eliminación.

Esta hoja se divide en:

- **Ingresos parenterales:** (es el aporte de líquidos y nutrientes por vía endovenosa)
- **Ingresos Enterales:** (administración directa al tracto digestivo, de líquidos y nutrientes) que se subdividen en el obtenido por **proceso fisiológico** (Vía oral) y los obtenidos por medio de **dispositivos invasivos:** sonda nasogástrica, sonda orogástrica, sonda nasoyeyunal, Gastrostomía.
- **Egresos:** obtenido por medio de procesos **Fisiológicos:** orina, deposiciones, vómitos, y Egresos obtenido por medio de **dispositivos invasivos:** Sonda nasogástrica en declive, drenajes, colostomías, ileostomía, yeyunostomía, sonda rectal, nefrostomía, ureterostomía, talla vesical.

La tercera dimensión de la estructura corresponde al **Kardex**, en esta se indican los tratamientos terapéuticos y farmacológicos indicados por el personal médico,

el mismo se enumera con número arábigo el listado de tratamientos farmacológicos, terapéuticos, dieta, ayunos, estudios diagnósticos, cirugías, y con barras adosadas con cada hora para que el personal de enfermería regule los horarios de los tratamientos, y tilde los que realiza. Los datos que contiene esta hoja son:

Posología: es decir dosis y frecuencia del fármaco, para esto el personal médico considera aspectos de peso, edad, sexo, antecedentes, etc. Nombre del fármaco; dosis (cantidad de miligramos y/o mililitros); vía de administración (ocular, ótica, Inhalatoria, Enteral: Vía oral, sublingual, por sonda nasogástrica, orogástrica, nasoyeyunal, gastrostomía); parenteral, cutáneo dérmico o transdérmico, subcutánea, intramuscular y endovenosa; frecuencia: se refiere a la cantidad de veces y unidades horarias en las que se debe administrar la medicación, generalmente es cada hora, cada 2, cada 4, cada 3, cada 6, cada 8, cada 12, cada 24 y dosis U.D. (única dosis), S.O.S. (se refiere a fármacos que se administran en determinadas situaciones que lo ameriten, dolor, náuseas y vómitos, etc.); fecha de inicio del tratamiento y fecha actual, hora de indicación.

Las indicaciones médicas deben ser controladas por turno, según los resultados del estudio exploratorio, el turno a cargo de planificar los horarios de ejecución de los tratamientos es el turno de 12 a 18 hs, en dicho horario, el personal debe reglar (es decir administrar y establecer las frecuencias horarias de lo indicado) para esto cuentan con un instrumento dividido por cada hora, representando un total de 24, primero se coloca la hora en que fueron recibidas las indicaciones, se firma y coloca sello, luego se establecen y determinan los horarios realizando un círculo por cada fármaco y para cada hora en que se debe administrar, una vez realizado se marca con una (x o v).

Se debe siempre evitar dejar espacios en blanco, en caso de que el paciente se niegue a recibir el tratamiento se debe aclarar, en el kardex se coloca **NR**: no realizado, y en observaciones y evolución de enfermería se debe explicitar el motivo por el cual no se administra; ejemplo: 19 Horas, paciente se niega a recibir (Nombre del fármaco o Tratamiento), por (Motivo que refiere el usuario, con sus palabras y entre comillas), Acciones de enfermería ante la negativa, y por último resultado de la intervención: paciente acepta el tratamiento, paciente continúa negándose.

La importancia de esta aclaración radica en los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley nacional No.26.529, (2009) que en el capítulo III que establece:

ARTICULO 10. — *“Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.*

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica”.

ARTICULO 11. — *“Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”.*

A su vez se contemplan: el artículo 12-1 de la Ley Provincial 12.501 de la Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe, (2005) y el principio ético del informe de Belmont; el derecho a la Autonomía y respeto a la dignidad humana, reconociendo la capacidad de autodeterminación y libertad de toma de decisiones.

En caso de inexistencia del fármaco o elementos necesarios para el tratamiento, se debe registrar en el Kardex (**S/E**) y en las observaciones, especificar que no se encuentra disponible en el servicio el fármaco/insumo, aclarando los pasos o actividades que se realizaron para evidenciar que se intentó acceder a él/los Fármaco/s o insumo/s necesarios y los resultados de las acciones, etc. Esta aclaración es de suma importancia,

ya que la Ley nacional 24004, en el artículo 22, y la ley provincial 12501, artículo 11-4 establece que:

En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

Por último, como cuarta dimensión de la estructura de los registros, está la **Hoja de enfermería/ Evaluación de Enfermería**: que expresa de forma exacta, precisa, organizada y continua a través de una redacción que abarca desde el abordaje del paciente al comienzo de la guardia, hasta finalizada la misma con el pase de sala. En esta se sintetiza, relaciona e interpreta los indicadores del resto de las hojas que componen los registros de enfermería (kardex, balance hídrico, hora de signos vitales).

Detalla el conjunto de eventos y evolución del usuario, sus respuestas biológicas, psicológicas y sociales, a los tratamientos que se le brindan, a su vez favorece la evaluación de las actividades realizadas, permitiendo detectar necesidades básicas alteradas, eventuales riesgos reales y potenciales, determinando las causas de los fenómenos.

En el instrumento utilizado por el servicio en estudio (Ver Anexo III), posee un listado de actividades de enfermería que se tildan conforme se realizan, lo cual favorece reducir el tiempo de confección de registros.

Ejemplo de registro de evolución de Enfermería, en las cuales se pueden observar, las distintas etapas del proceso enfermero, aplicación de cuidados interdependientes, dependientes, respondiendo a los requisitos legales.

22:45 Horas, Paciente de 80 años de edad, cursando primer día de internación, por cuadro TEC relacionado con caída desde su propia altura, según datos recabados en guardia externa posee los siguientes antecedentes previos: Asma, Diabetes, Hipertensión, (Sin adhesión a tratamientos médicos, ni controles frecuentes). Es acercado a guardia externa por vecinos, al examen físico se encuentra vigil, orientado globalmente (En tiempo, lugar, espacio y persona), Presenta pérdida de integridad cutánea cefálica en zona occipital, de aproximadamente dos centímetros, sin sangrado ni presencia de dolor, se procede a

realizar curación y cubrir dicha lesión. Pupilas isocóricas, reactivas, Glasgow con puntuación 15 de 15.

Al control de signos vitales presenta tendencia a la Hipertensión, taquipnea, afebril, eucárdico, HGT 100 mg/dl, buena saturación a aire ambiente, buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados, buena mecánica respiratoria sin uso de músculos accesorios.

Abdomen: blando depresible, indoloro, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades: Miembros superiores sin alteraciones, Miembros inferiores, con escoriaciones en ambas rodillas, sin sangrado ni dolor, se procede a realizar curación y oclusión de heridas.

Se procede a colocar acceso vascular periférico en vena metacarpiana, miembro superior derecho, abocath número 20, queda permeable. Se coloca sonda vesical número 22, con débito concentrado sedimentoso.

23 horas, paciente presenta cuadro de vómito de tipo central, que no cede con administración de antiemético indicado, por lo que se sugiere colocación de sonda nasogástrica descompresiva, se realiza colocación por narina izquierda, se constata débito bilioso abundante. Se procede nuevamente a valorar el estado neurológico del paciente ante el posible riesgo de deterioro del sensorio, en la que se constata alteración de la respuesta verbal evidenciada por disartria. Se deja preparado ventilador y carro de urgencias. Y esperan resultados de tomografía realizada en guardia externa.

23:45: Paciente con depresión del sensorio, se procede a asistir la intubación orotraqueal para vinculación del paciente a Asistencia Mecánica Respiratoria, (queda adaptado, buena saturación, con FiO2 al 30%, Volumen total 0,417, se administra según indicación médica propofol 10 ml para lograr sedación del paciente) Se prepara presurizador para PAM y se asiste la colocación de la misma (Radial izquierda), y vía central yugular izquierda, Se inicia Infusión con bomba de infusión continua Vasoactivo (Noradrenalina a 10 ml/h) relacionado con descenso de la Tensión Arterial por efecto de Sedación administrada para vinculación a A.M.R.

Se inicia goteo por Bomba de infusión continua de sedoanalgesia para poder mantener al paciente vinculado a Ventilador, se realizan cuidados de vía aérea artificial, (Medición de Cuff, Control de fijación de tubo endotraqueal y aspiración de secreciones de

características fluidas y escasas) quedando paciente adaptado a AMR, con dispositivos invasivos permeables, diuresis positiva por sonda vesical, sin deposiciones.

Respecto al **Contenido** Vega, Y., (2017) Afirma que en los registros se deben expresar las distintas etapas del Proceso de Atención de Enfermería, Giraudó, P., (2015) añade la utilización de los diagnósticos de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) junto con el proceso enfermero. Por su parte Morales Loayza, (2011) enfatiza en el uso de una regla que llama normotécnica como: VIRA, DAR, DIE, PIE, S.O.A.P.I.E. que trata de: Datos subjetivos (síntomas que refiere el paciente), datos objetivos (signos observados por el Enfermero), Conclusión diagnóstica, Plan de cuidados, Intervención de enfermería y Evaluación de eficacia de intervención.

Por lo tanto, la aplicación del P.A.E permite garantizar la calidad de la atención, ya que este proceso según García Ramírez, S.; Navío Marco, A.; Valentín Morganizo, L., (2007) “es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad”. (pág. 2), desde el mismo posicionamiento Smeltzer, S. C., Brunner, L. S., y Suddarth., & Bare, B. G., (1994) afirman que el proceso de enfermería es un Método dirigido a satisfacer las necesidades del paciente, entendiendo las necesidades básicas desde el modelo de Virginia Henderson, Cisneros, F, (2005) relaciona éstas con las de Abraham Maslow:

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). y Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

La importancia de la aplicación del proceso radica en que se garantiza la continuidad de los cuidados, permite evidenciar establecer un plan individualizado que permite abordar al sujeto de forma integral.

El proceso Enfermero consta de diferentes fases que lo componen Quevedo Ríos, G, (2017) se refiere a ellas como indicadores o etapas correlativas y dinámicas, estas son las siguientes:

Primera etapa “**Valoración**”: es la evaluación sistemática del paciente identificando problemas reales y potenciales subyacentes a la alteración o déficit de necesidades básicas alteradas. Comprende el abordaje del paciente, anamnesis, examen físico, detección de problemas reales y potenciales, es decir la Valoración de aspectos biológicos psicológicos, espirituales, sociales.

La valoración biológica se realiza por medio del examen físico que se logra a través de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación, e implica tener conocimientos de anatomía, fisiología y cuadro clínico que presenta el paciente, dicha técnica se aplica en orden céfalo caudal para conocer la situación de sistemas y aparatos del paciente.

Para la obtención de datos es necesaria la Anamnesis de Enfermería, que implica indagar y registrar información sobre factores biológicos, sociales, psicológicos y espirituales, antecedentes, alergias, datos familiares, contexto sociocultural, situación actual que motivó la internación, con el objetivo de contar con datos que faciliten el abordaje del sujeto de cuidado. Considerando que los pacientes evaluados corresponden a áreas críticas, en muchos casos, los mismos por su estado de salud o tratamientos farmacológicos no se encuentran en condiciones para responder preguntas, por lo tanto, las fuentes de datos son secundarias, basadas en la historia clínica recogida por el personal médico a cargo de recepcionar al paciente en guardia o del servicio de traslados S.I.E.S., y por la información aportada por familiares (Ver anexo III). Los datos necesarios que se deben obtener de este proceso son:

- ✓ Datos biográficos: corresponden a los datos del paciente, nombre apellido, domicilio, edad, sexo, estado civil, ocupación, antecedentes étnicos.
- ✓ Informador: Es decir la fuente de los datos
- ✓ Síntoma Principal: que indica el motivo por el cual se deriva su consulta o internación.
- ✓ Anamnesis de la Enfermedad actual: descripción completa sobre el cuadro que presenta desde el momento de inicio, su forma, síntomas y factores relacionados.
- ✓ Antecedentes patológicos personales y familiares: se refiere a la información recabada tanto sobre las enfermedades padecidas con anterioridad, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, exámenes, controles médicos y estudios diagnósticos realizados con anterioridad, estado de adhesión a los

programas de inmunizaciones, alergias, tratamientos farmacológicos actuales, consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.

- ✓ También se puede añadir datos respecto de patrones de reposo y sueño, actividad física, nutrición, aspectos socio-culturales y familiares.

Smeltzer, S. C., Brunner, L. S., Suddarth., & Bare, B. G., (1994), (págs. 88-85).

Posterior al relevamiento de datos se procede a la segunda etapa, **Diagnóstico de Enfermería**: En esta fase se relaciona y racionaliza los datos obtenidos en la valoración, y se determina los posibles factores causales que producen la alteración de las necesidades básicas, problemas reales y potenciales por medio del razonamiento clínico de enfermería y desde una perspectiva holística que abarca no sólo los aspectos biológicos sino también, psicológicos, sociales y espirituales. Alba Rosales, M., Bellido Vallejo, J., Cárdenas Casanova, V., Ibañez Muñoz, J., López Márquez, A., Millán Cobo, M., Fernández Salazar, S., García Márquez, M., Garrido de Toro, I., Ramos Morcillo, A., Ríos, A., Rodríguez Torres, M, (2010) Lo clasifican en:

- **Real**: Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- **De Riesgo**: Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración. (Pág. 28).
- **Posible**: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. (pág. 207).

El diagnóstico se puede realizar por medio de la implementación de la Taxonomía de NANDA:

Ejemplo: Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E, (2019) "Deterioro de la comunicación verbal Características definitorias: *Incapacidad para hablar el lenguaje dominante*. Factores relacionados: *Diferencias culturales*". (Pág. 35).

Según Smeltzer, S. C., Brunner, L. S., Suddarth., & Bare, B. G., (1994), puede realizarse por medio del conocimiento de los procesos fisiopatológicos que permiten tener criterio para establecer una relación causal, por lo que se puede mencionar el problema detectado, el factor asociado y los datos objetivos que lo evidencian ; ejemplo: Elevación de la frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial relacionado con aumento de la intensidad del dolor de herida quirúrgica, evidenciado/manifestado por: “Facies de dolor, parámetros vitales alterados observados en monitoreo”, “Presencia de dificultad para reposo y sueño relacionado con alteración de la necesidad de seguridad y pertenencia”, “Presencia de úlcera por presión sacra grado III, de un diámetro de 6 cm de longitud por 4 de ancho, con bordes necrosados, relacionado con inmovilidad prolongada/ pinzamiento vascular y necrosis de tejidos, aumento de la presión en zonas adyacentes a prominencias óseas, etc.” “Presencia de globo vesical relacionado con efectos anestésicos del Post operatorio inmediato”.

Luego de establecer la causa de los fenómenos detectados se procede a la tercera etapa, **“Planificación”**: que es resultado del planteo del diagnóstico enfermero que permite determinar una serie de intervenciones (Cuidados) para satisfacer las necesidades alteradas, prevenir la ocurrencia de problemas potenciales , según Johnson M, et AL, (2019) en esta etapa se determinan prioridades, objetivos que permitan orientar las acciones, se determina el curso de acciones y por último se procede al registro que favorece la evaluación de los resultados logrados, a su vez esto permite realizar ajustes en caso de ser necesario. En la cuarta etapa **“Ejecución”**, se aplican y ponen en marcha los planes de cuidados, que involucran tanto actividades independientes como interdependientes, desde un abordaje integral, es decir abordando al sujeto en todos sus aspectos constituyentes (biológicos, psicológicos y sociales), a su vez el registro de las mismas permite evaluar los resultados esperados y comparar con los logrados.

Ejemplo: 19 hs se administra antiemético para cuadro de vómitos, se brinda apoyo emocional por medio de escucha activa, para reducir estrés asociado a dicho cuadro, Se espera evolución del paciente.

*Por último, se procede a la aplicación de la quinta etapa, **“Evaluación”** en la cual se evalúa la efectividad de todas las acciones implementadas, considerando las respuestas biológicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente. Para de este modo continuar con lo planificado o realizar ajustes de los mismos.*

Ejemplo: Cede cuadro de vómito tras administración de antiemético, se constata disminución de la ansiedad luego de escucha activa.

Es imprescindible llevar registro de la aplicación del proceso tanto durante su aplicación como una vez concluido, al respecto Johnson M, et AL, (2019) afirma que es un elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional). (pág. 32).

Por lo tanto, para que un registro sea de calidad debe conformarse de dos dimensiones, la primera es la estructura la cual permite consignar elementos que van a permitir dar forma significativa, correlativa y continua a las actividades que se realizan y han de realizar en el paciente, y la dimensión contenido va a permitir establecer un plan sistemático es decir la aplicación del método científico o proceso de enfermería. Por lo que toda confección es de calidad, cuando contempla las dimensiones estructura y contenido.

Las diferentes dimensiones de Estructura y Contenido deben contener indicadores que permitan evidenciar la adherencia a los aspectos legales, es decir que consideren información necesarios que permiten identificar a quién pertenece la historia clínica, sobre esto podemos mencionar tres tipos de datos que deben contener:

- 1) Datos del sujeto de Atención:** Nombre y apellido, edad, sexo, número de Historia Clínica, número de cama, nombre de sala o servicio donde recibe atención, diagnóstico, antecedentes, alergias, fecha y hora de atención, cantidad de días de estancia/días de posoperatorio.
- 2) Datos del personal a cargo de la atención:** Nombre y apellido, firma, sello con su respectivo número de matrícula, registro en el turno correspondiente.
- 3) Comprensibilidad y correspondencia de datos registrados:** letra legible, sin presencia de errores de ortografía, sin enmendaduras/borrones/tachaduras, sin uso de correctores, sin dejar espacios en blanco, trazado de línea en caso de espacios libres, utilización de resaltador en datos relevantes.

En la actualidad pese a la existencia de múltiples formatos y normas para su elaboración, hay disensos a la hora de su construcción, entre los factores que afectan la calidad de los registros podemos mencionar los; institucionales (ambiente, clima laboral), existencia o no de protocolos y su adhesión, la existencia de instrumentos que faciliten la confección de registros y contemplen sus dimensiones, el conocimiento del personal en cuanto a normas, carácter legal de los registros, la relación enfermero paciente en cada servicio, las características del personal, en estas últimos haremos hincapié; ya que el factor humano atraviesa toda práctica de la profesión y es el elemento determinante que define el cumplimiento de las variables anteriormente mencionadas.

Es de suma importancia analizar como inciden los factores personales en el desempeño laboral, como mencionamos antes; una de las problemáticas que surgen en las unidades de trabajo a la hora de determinar la dotación de profesionales necesarios, surge de la existencia de subregistros lo cual no permite evidenciar el flujo de trabajo y el volumen global de demanda, que permiten determinar la dotación total y necesaria, como así también el grado de formación que se requiere para poder satisfacer la demanda. Por lo que estos factores podrían ser determinantes para la gestión clínica y de recursos.

Abordando esta cuestión mencionaremos que para Gabini, S., (2018) “el estudio de las variables sociodemográficas entre otras, pueden servir como predictores del rendimiento laboral” (Pág. 91), este mismo supuesto se puede aplicar a las relaciones expresadas por este estudio.

La revisión de bibliografía permite ver que la temática no ha sido frecuentemente abordada como variable independiente, es decir que afecta de forma directa en el desempeño laboral entendiendo este como el Cumplimiento satisfactorio de las funciones laborales, son las conductas dirigidas hacia el logro de objetivos organizacionales. Podemos definir a partir de los aportes de diversos estudios que los factores sociodemográficos son características personales de los sujetos, sobre las cuales éste puede tener poca o mayor influencia

Chumpitaz Ipanaque, J., (2017) Conceptualiza al desempeño laboral como “el comportamiento real del trabajador tanto profesional como técnicamente, así como en las relaciones interpersonales que se van creando en la atención del proceso salud y enfermedad de la población; que a su vez influye el componente ambiental. En la cual se

puede concluir que existe una correlación directa entre los factores que caracterizan el desempeño profesional y los que determinan la calidad de los servicios de salud”. pág. 21.

En cuanto a los factores sociodemográficos, Oviedo Zuñiga, R., Tapia Fuentes, V., (2018) los definen como: “un grupo de particularidad tanto biológicas, socioeconómicas, culturales que se encuentran dentro de una población sujeto a estudio, tomando todo aquello que puede ser evaluadas” (pág. 58).

Para Rodríguez Fernández, S., (2015) son un “conjunto de cualidades biológicas, sociales, económicas, culturales y laborales que caracterizan al profesional de enfermería y son más relevantes en relación con la susceptibilidad al desarrollo de la satisfacción laboral” (pág. 42).

Bartolo Ramos, J., (2018) Presenta dos tipos de categorías:

- Categorías primarias; en las cuales los sujetos presentan poca influencia, edad, raza, grupo étnico, género, habilidades y cualidades físicas, orientación sexual y afectiva, y Categorías secundarias: Los sujetos tienen mayor influencia sobre éstas, Educación, Experiencia de trabajo, ingreso, estado civil, creencias religiosas, ubicación geográfica, estado paterno, estilo conductual.
- Y conceptualiza Edad como “Tiempo de vida en años de la persona desde su nacimiento. Sexo: Atributo aplicado a las personas para diferenciarlas entre sí, según su sexo en femenino o masculino. Nivel de instrucción: Educación formal que ha recibido la persona. Antigüedad en la empresa: Tiempo que tiene una persona trabajando en una organización” (pág. 19, 42)

Por su parte Du Gas, B, (2000) aborda la variable edad según la teoría de Erikson de Desarrollo Psicosocial, en la cual le asigna labores para resolver conflictos propios de esos grupos etarios., siendo la Edad Adulta temprana de 18 a 35 años, Los años Intermedios de 35 a 65 años y Los últimos años, de 65 en adelante.

En la edad adulta temprana el conflicto trata de la intimidad vs aislamiento, su labor trata de elección de carrera, responsabilidades y pareja.

En los años intermedios la persona presenta preocupaciones por el futuro, como labor llega al cumplimiento de metas, adaptándose a la realidad de los procesos familiares.

En los últimos años interactúan procesos de aceptación o rechazo de lo vivido, implica la aceptación del retiro de las actividades laborales y la pérdida del entorno.

Estas características subjetivas en la gestión de servicios de enfermería sirven para poder hacer estimaciones; determinar la oferta necesaria, realizar estudio del ausentismo de la dotación total; obtener dotación total, real diaria y necesaria, estimar el déficit. También plantea que existen variables que influyen en la salud, en cuanto al **sexo**,

En la mujer es más frecuente la aparición de osteoporosis, de enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide, la anorexia y la bulimia; de enfermedades de la vesícula biliar, obesidad o problemas tiroideos. En los varones son más frecuentes las úlceras de estómago, las hernias abdominales, los trastornos respiratorios, las cardiopatías y la aterosclerosis (pág. 32).

Respecto de la **edad menciona** que “El grado o etapa de desarrollo también influye en gran medida en el estado de salud” (pág. 32). En la adolescencia existe tendencia a accidentes por conductas propias de la edad, mientras que, en personas mayores, los riesgos a la salud se relacionan a la depleción de las capacidades fisiológicas.

Arzan, E., Adué, I., Muñoz, N., Micozzi, T., (2019) aborda las variables de la siguiente forma: Conocer la edad del personal permite determinar rango promedio etario, perfil epidemiológico que favorecen la determinación de acciones de prevención primaria y estimar posibles ausentismos; futuras jubilación y estrategias de cobertura, por lo que se puede estimar el retiro de actividades ya que la Ley n° 6915, Jubilaciones y Pensiones del personal de la Provincia de Santa Fe, (1973) en el Capítulo V, Art 14, establece edades jubilatorias, Hombres 65 años y mujeres 60 años. Que requiere un total de 30 años de servicio o aportes jubilatorios, si excede la edad máxima cada año se cuenta por dos, por lo que puede jubilarse con menos años de aporte. También la provincia contempla la posibilidad de jubilación en edades avanzadas.

Situación de doble empleo, permite conocer en qué turnos pueden brindar servicios, quienes poseen esta condición laboral.

El nivel de formación permite estimar si la asignación de pacientes se correlaciona con el grado de capacitación del personal, así como establecer programas de actualización intra o extra servicio.

Sexo y Antigüedad laboral: favorece estimar el ausentismo previsto e imprevisto, ya que por medio de estas se puede conocer la cantidad de francos, artículos, horas de lactancias, licencias por maternidad/paternidad, días Licencias anuales, en el sitio de estudio, las Licencias Anuales Obligatorias dependen de la antigüedad en el servicio, al personal con antigüedad le corresponden un total 15 días, y al personal con mayor antigüedad corresponden de 20 a 30 días, lo cual está establecido por el Decreto N° 1919/89 Régimen licencias, justificaciones y franquicias, (1989), que establece derecho a licencias como: licencia anual obligatorio, licencias por imprevistos, licencia por maternidad, enfermedad propia y de familiares o personas a cargo cortas y de larga duración, etc.

Considerando estos aportes se establece que las variables relevantes para este estudio son: edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión (ya que solo se pretende evaluar como incide la experiencia en enfermería en la confección de registros) y situación de doble empleo (para ver si dicha situación tiene inferencia en la calidad de los registros).

Respecto del sitio de estudio a abordar estas relaciones expresadas, se torna más factible su ejecución en áreas cerradas debido a que la asignación de usuarios corresponde a dos por cada enfermero, caso contrario son los servicios o salas de clínica donde existe una relación de mínimo 8 paciente por cada profesional, lo cual dificultaría el análisis de las variables, por el contrario los servicios críticos favorecen la descripción y análisis de la relación entre las diferentes variables, ya que al disponer de menor cantidad de unidades de análisis (Historias clínicas, personal, pacientes) permite mayor accesibilidad a los datos requeridos para describir la ocurrencia de fenómenos.

Material y Métodos

Tipo de estudio o Diseño

El tipo de abordaje será Cuantitativo, tratándose de un estudio no experimental/Observacional, Transversal, prospectivo y descriptivo.

Cuantitativo: Porque es un estudio estructurado, basado en investigaciones previas, del que se obtienen datos numéricos que son analizados estadísticamente y permite comprobar las relaciones causales y patrones de comportamiento entre variables para determinar la magnitud de los fenómenos estudiados y la posibilidad de generalización de resultados.

Hernández Sampieri; R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M.; Méndez Valencia, S.; Mendoza Torres, C, (2014)

No experimental/ Observacional: porque no se manipulan, intervienen o influyen en las variables independientes, se observan los fenómenos tal como ocurren en su contexto.

Hernández Sampieri; R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M.; Méndez Valencia, S.; Mendoza Torres, C, (2014)

Transversal o Transeccional: La recolección de datos se realizará en un solo momento, para determinar la interrelación entre variables, durante un trimestre de 2021. Hernández Sampieri; R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M.; Méndez Valencia, S.; Mendoza Torres, C, (2014)

Descriptivo para brindar una descripción comparativa de la ocurrencia de fenómenos, es decir, como ocurren e interrelacionan las variables definidas en el marco teórico. A su vez, este diseño puede permitir aportar información para futuras investigaciones que busquen profundizar la temática y evaluar relaciones causales. Este se realizará durante los meses de mayo, junio y julio de 2021. (Hernández Sampieri; R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M.; Méndez Valencia, S.; Mendoza Torres, C 2014)

Prospectivo: La información se registrará en base a la observación de hechos tal como

ocurren. (F.H. de Canales, E.L. de Alvarado, E.B. Pineda, 1994)

Sitio o contexto de la investigación

Características del Sitio:

El Hospital en estudio, pertenece a la red de salud pública de la provincia de Santa Fe, es un efector polivalente de tercer nivel de complejidad, especializado en patologías cardiovasculares.

Dentro de este efector, se encuentran dos unidades de Terapias Intensivas, divididas por factores de infraestructura, la U.T.I. 1, tiene un total de 20 camas y 70 enfermeros, U.T.I. 2, con 8 camas y una dotación total real de 26 enfermeros. Ambas unidades cuentan por cada cama, con un Ventilador mecánico, monitor multiparamétrico, Sistemas de medición de Presión Intracraneal, PAM, cama electrónica, colchón antiescaras, bombas de infusión continua tanto para soluciones parenterales como para nutrición enteral, sistema aspirativo, etc.

Ambas terapias cuentan con sector para pacientes aislados, dos dependencias de enfermería, office médico, área limpia y sucia, Oficina de jefatura de Enfermería, sectores de insumos, sector de farmacia, ropería, depósito, Carros de urgencias, desfibrilador, chatero, Equipo para hemofiltración, para estudios diagnósticos poseen electrocardiógrafo, ecógrafo y equipo radiológico.

Criterios de elegibilidad

Para la selección del sitio y contexto, se realizó un estudio exploratorio, (ver Anexo I.), dos Unidades de Terapias Intensiva, de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Entre los criterios considerados para su elección se consideró:

Accesibilidad al efector, permiso para la realización del estudio y publicación de resultados, y el margen necesario de unidades de análisis que permitan realizar un estudio cuantitativo.

-Factibilidad: Para el abordaje de las relaciones entre variables, se optó por áreas críticas o cerradas, debido a que la asignación de usuarios es de dos pacientes por cada personal de enfermería, y estas unidades presentan un menor número de unidades análisis (Historias clínicas, personal de enfermería) en comparación con otros servicios, lo cual posibilita un análisis preciso y poder controlar la presencia de variables intervinientes.

Además de la magnitud e importancia del problema en estudio y el respeto por los principios bioéticos.

Los indicadores evaluados en el estudio exploratorio fueron: existencia de las variables que se pretenden medir, accesibilidad y permiso de la institución tanto para realizar el estudio, permitir la publicación de resultados y facilitar información para cuantificar las variables, aspectos que favorecen y obstaculizan la investigación, número de unidades muestrales que permitan el abordaje cuantitativo, etc. (Ver Anexo III).

Población y Muestra

Población:

El estudio estará conformado por dos poblaciones; personal asistencial de enfermería y registros de Enfermería/Historias clínicas, en base a los datos recogidos de la convalidación del sitio. (Ver Anexo III).

A) **Población 1 Personal de Enfermería:** Debido al escaso número de unidades de análisis, se tomará al total de la población es decir al universo, sin aplicar muestreo, esta estará conformada por todo el personal de enfermería que realice actividades asistenciales durante el periodo de evaluación en los servicios de U.T.I. 1 y U.T.I. 2 para superar las 50 unidades de análisis conforme al control de validez interna de mortalidad experimental; los cual permitirá con un margen suficiente de participantes en caso de falta de participación de algún miembro del equipo de salud. Se excluirá a todo personal que no realice tareas asistenciales.

Dotación total de los servicios de U.T.I. 1 conformada por 70 Enfermeros y U.T.I. 2 con un total de 20 enfermeros, según datos proporcionados en el estudio de convalidación de sitio (Ver Anexo III)

Unidad de análisis: estará formada por cada uno de los integrantes del personal de enfermería de U.T.I. 1 y U.T.I. 2, que realizan actividades asistenciales, durante los meses de mayo, junio y julio de 2021.

B) Población 2, Registros de Enfermería /historias clínicas:

Por los datos obtenidos a través del estudio exploratorio se hace visible que los indicadores de rendimiento la capacidad instalada, muestran un alto giro cama y una gran

cantidad de usuarios atendidos, también la cantidad de turnos o guardias que disponen las áreas críticas (Anexo I). Estos datos fundamentan la necesidad de realizar un muestreo no probabilístico por cuotas de 100 registros de enfermería obtenidos de las historias Clínicas de los servicios a estudiar, debido a la gran disponibilidad de unidades de análisis.

La unidad de análisis o muestral estará formada por cada uno de los registros de Enfermería /historias clínicas elaborados en los servicios de U.T.I. 1 y U.T.I. 2, hasta llegar a la cuota planteada de 100 Historias Clínicas, donde sólo se considerarán los correspondientes a pacientes con un periodo de estada igual o mayor a un día.

Alcances de los resultados

Debido a que el estudio es descriptivo, en el que se pretende ver cómo operan e interactúan las variables, y al ser en un contexto de cuidados críticos no se pretende generalizar los resultados del mismo, Los resultados obtenidos sólo podrán ser generalizables para la población en estudio, este trabajo permitirá ser considerado como antecedente, para otros diseños futuros de tipo analíticos que profundicen las relaciones causales existentes entre las variables abordadas.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Operacionalización de variables:

Variable 1: Calidad de los registros

Según Tipo: Cualitativa compleja (presenta dos dimensiones contenido y estructura)

Según Función: Dependiente (debido a que es resultado directo de las variables de edad, sexo, nivel de formación, antigüedad, doble empleo que caracterizan al personal)

Definición Conceptual: Grado máximo de cumplimiento en cuanto a normas y directrices de estructura y contenido en la redacción y llenado del conjunto de instrumentos que conforman los registros de enfermería, permitiendo evidenciar los cuidados brindados, comunicación, coordinación y continuidad de la atención.

Dimensión 1: Estructura

Definición conceptual: Cumplimiento en la redacción de registros según de requisitos de continuidad, significatividad, legibilidad, comprensibilidad de la redacción, claridad, consistencia, libre de errores, presencia de fecha, hora, firma y sello.

Definición operacional: Se evaluará por medio de observación de historias clínicas y se aplicará una lista de cotejo que identifique presencia o ausencia de datos registrados

Dimensión 1 Estructura

Subdimensión 1 Hoja gráfica/Signos Vitales.

INDICADORES

- 1- Registra nombres y apellidos.
- 2- Registra la edad.
- 3- Registra el sexo.
- 4- Registra el número de historia clínica.
- 5- Registra el número de cama.
- 6- Registra el servicio.
- 7- Registra la hora de ingreso.
- 8- Registra las fechas de hospitalización del paciente (día, mes y año).
- 9- Registra tiempo cursado de postquirúrgicos.
- 10- Registra parámetros vitales de pacientes críticos, F.C. Tº. T.A, PAM, PIC, F.R, HGT
- 11- Registra Mililitros/Hora de goteos de Vasoactivos-Sedoanalgesia-Insulina.
- 12- Registra Saturación, fiO2, Litros de O2 y Modo Ventilatorio
- 13- Grafica los signos vitales en las celdas correspondientes a cada turno (0-6, 06-12, 12-18, 18-24)
- 14- Registra el peso.
- 15- Registra sin borrones o enmendaduras.
- 16- Registra con letra legible.

Subdimensión 2 Notas de Enfermería/ Evolución de Enfermería

INDICADORES

- 17- Registra nombres y apellidos.
- 18- Registra la edad del paciente.
- 19- Registra el sexo del paciente.
- 20- Registra el número de historia clínica.
- 21- Registra el número de cama.
- 22- Registra el servicio.
- 23- Fecha (al inicio; incluye año, mes y día).
- 24- Turno (00-06. 06-12, 12-18, 18-24).
- 25- Datos subjetivos (síntomas del paciente).

- 26- Datos objetivos (signos en el paciente).
- 27- Diagnósticos de enfermería.
- 28- Registra los objetivos y/o resultados esperados.
- 29- Registra las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería.
- 30- Hora de la intervención.
- 31- Registra tratamiento aplicado (medicamento, hora, vía y dosis).
- 32- Registra el balance hídrico (ingresos y egresos).
- 33- Registra el control de signos vitales (Tº, FC, FR y PA).
- 34- Registra la evaluación de las intervenciones.
- 35- Están escritas con letra legible.
- 36- Están escritas sin errores ortográficos.
- 37- Usa resaltador en datos relevantes.
- 38- Registra sin borrones o enmendaduras.
- 39- Registra sin dejar espacios en blanco.
- 40- Registra nombres y apellidos.
- 41- Firma de la enfermera.
- 42- Registra Nº Matrícula
- 43- Sello de la enfermera.
- 44- Registra una vez por turno.

Subdimensión 3, Balance Hídrico.

INDICADORES

- 45- Registra nombres y apellidos.
- 46- Registra la edad.
- 47- Registra el sexo.
- 48- Registra el número de historia clínica.
- 49- Registra el número de cama.
- 50- Registra la fecha.
- 51- Registra los líquidos ingeridos por vía oral en cada turno.
- 52- Registra el ingreso de líquidos por vía parenteral en cada turno. Incluyendo Goteos y soluciones para expansión.
- 53- Registra la cantidad de mililitros utilizados para la dilución de fármacos administrados.
- 54- Registra el cálculo de agua de oxidación. (Agua de los alimentos).
- 55- Registra el total de los ingresos.
- 56- Registra la cantidad de orina.
- 57- Succión: Registra la cantidad líquidos administrados por vía nasogástrica, nasoyeyunal u orogástrica.
- 58- Drenaje: Registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros.
- 59- Vómitos: Registra los líquidos eliminados por vómitos.
- 60- Heces: Registra la pérdida de líquidos de las heces.

- 61- Pérdidas insensibles: Registra el resultado del cálculo de las pérdidas insensibles.
- 62- Registra el total de los egresos.
- 63- Registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo o negativo).
- 64- Registra el peso del paciente.
- 65- Registra sin borrones o enmendaduras.
- 66- Están escritas con letra legible

Subdimensión 4 Kardex de Enfermería

INDICADORES

- 67- Registra nombres y apellidos.
- 68- Registra la edad.
- 69- Registra el sexo.
- 70- Registra el número de historia clínica.
- 71- Registra el número de cama.
- 72- Registra el peso.
- 73- Registra la fecha de ingreso.
- 74- Registra la hora de ingreso.
- 75- Registra el diagnóstico médico.
- 76- Registra el tipo de dieta del paciente.
- 77- Registra las fechas: día, mes y año del tratamiento médico.
- 78- Registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, vía; de acuerdo a la prescripción médica.
- 79- Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración.
- 80- Registra las horas diarias según frecuencia de programación del medicamento.
- 81- Chequean con un aspa en el horario que se administró el medicamento.
- 82- Registra como suspendido en la fecha en que se discontinuó el tratamiento médico.
- 83- Registra procedimientos de enfermería y/o exámenes solicitados.
- 84- Registra sin borrones o enmendaduras.
- 85- Registra con letra legible.

Dimensión 2: Contenido

Definición conceptual: Cumplimiento de requisitos de los datos registrados conforme a la aplicación de las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del Proceso de Atención de Enfermería.

Definición operacional:

Se evaluará por medio de observación de historias clínicas y se aplicará una lista de cotejo que identifique presencia o ausencia de la aplicación del P.A.E.

Subdimensión Valoración

Indicadores:

- 1- Registra valoración Biológica.
- 2- Registra valoración psicológica.
- 3- Registra valoración espiritual.
- 4- Registra valoración social.

Subdimensión: Diagnóstico:

Indicadores:

- 5- Registra Respuesta Humana.
- 6- Registra Factor relacionado.

Subdimensión planificación

Indicadores:

- 7- Registra Criterio de resultado.
- 8- Registra Intervenciones a realizar.

Subdimensión: ejecución

Indicadores:

- 9- Registra actividades independientes.
- 10- Registra actividades interdependientes.

Subdimensión. Evaluación

Indicadores:

- 11- Registra evaluación biológica.
- 12- Registra evaluación psicológica.
- 13- Registra evaluación espiritual.
- 14- Registra evaluación social.

Variable 2: Edad

Según Tipo: Cuantitativa simple.

Según Función: Independiente.

Definición conceptual: Cantidad de años que figuran en su documento de identidad.

Definición operacional: Se aplicará una tabla de elaboración propia con ítems que permiten caracterizar a la población en estudio dentro de rangos etarios, por medio de una entrevista a la Enfermera Jefe de servicio.

Indicadores: Cantidad de años que refieren las unidades de análisis (población en estudio)

Variable 3: Sexo

Según Tipo: Cualitativa simple.

Según Función: Independiente.

Definición conceptual: Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres.

Definición operacional: Se aplicará por medio de entrevista con la Enfermera Jefe, una tabla de elaboración propia con ítems que permiten diferenciara la población en estudio según características biológicas. Se observará y registrará los datos contenidos en las planillas que contienen datos de la dotación total de personal del servicio en estudio.

Indicadores:

-Hombre.

-Mujer.

Variable 4: Nivel de formación

Según Tipo: Cualitativa simple.

Según Función: Independiente.

Definición conceptual: Estudios alcanzados que constan en certificados otorgados por las entidades formadoras.

Definición operacional: Se aplicará una tabla de elaboración propia con ítems que permiten caracterizar a la población en estudio según logros académicos. Se observará y registrará los datos contenidos en las planillas que contienen datos de la dotación total de personal del servicio en estudio.

Indicadores:

-Enfermera/o

-Licenciada/o

-Magister

-Especialista

-Doctor.

Variable 5: Antigüedad laboral en la profesión

Según Tipo: Cuantitativa simple.

Según Función: Independiente.

Definición conceptual: Cantidad de años de desempeño y experiencia ininterrumpida en el ejercicio de la profesión de enfermería.

Definición operacional: Se aplicará por medio de entrevista a la Enfermera Jefe, una tabla de elaboración propia con ítems que permiten caracterizar a la población en estudio según rangos etarios que reflejen el tiempo que trabajan en el servicio. Se observará y registrará los datos contenidos en las planillas que contienen datos de la dotación total de personal del servicio en estudio.

Indicadores:

Cantidad de años de ejercicio profesional que refieren las unidades de análisis (población en estudio).

Variable 6: Situación de doble empleo

Según Tipo: Cualitativa simple.

Según Función: Independiente.

Definición conceptual: Situación en que la persona realiza dos actividades laborales paralelas.

Definición operacional: Se aplicará por medio de entrevista a la Enfermera Jefe, una tabla de elaboración propia con ítems que permiten caracterizar a la población en estudio según presencia o ausencia de doble actividad laboral.

Indicadores:

-Posee dos trabajos.

-No posee dos trabajos.

Para la recolección de datos primero se procederá a recoger aquellos sobre las variables relacionadas a las características del personal y luego las relacionadas a los registros de Enfermería, de este modo se controla la amenaza interna de difusión de tratamiento, en primera instancia, el personal que trabaja en el servicio no tendrá contacto con los colaboradores en la primera fase de relevamiento de información.

Para la recolección de datos sobre las características del personal; en las Variables sexo y nivel de formación se realizará como técnica la observación no participante de dos fuentes; las planillas de dotación total asignada al servicio y el cronograma de distribución de la dotación diaria; y para las variables *Edad, Antigüedad laboral en la profesión y situación de doble empleo*, se aplicará como técnica una entrevista por parte del investigador a la enfermera jefe, como instrumento para la recolección de los datos obtenidos se utilizará el *instrumento 3* (Ver Anexo II) es un tipo de formulario para registro y organización de datos recolectados sobre las características de la población en estudio, consta de 6 columnas verticales, siendo la primera correspondiente a los datos personales del sujeto en estudio, sólo se colocaran las iniciales para garantizar el respeto por la confidenciales de los sujetos; las 5 columnas restantes corresponden a las variables Sexo, con sus indicadores (Hombre/Mujer), Edad y antigüedad laboral: se completarán con un tilde dentro de los rangos etarios de cada indicador; Nivel de formación, en el cual se tildará el grado académico logrado, tildando según correspondencia, Situación de doble empleo en la que se tildará un casillero según presencia (Si) o ausencia (No) del indicador. Posterior al llenado de datos correspondientes a la dotación total real, se procederá al análisis y cuantificación de los mismos.

Este instrumento es de confección propia por lo que será sometido a una prueba piloto, en una población con similares características, en un efector municipal, durante dos días, se administrará en dos oportunidades a los mismos participantes, en el mes de abril de 2021, para controlar las amenazas de inestabilidad del instrumento, de administración de pruebas y difusión de tratamiento, garantizando la confiabilidad, validez y precisión del instrumento.

Las ventajas de la utilización de la técnica e instrumento, es que la observación no participante, evita que el personal en estudio se vea condicionado a la hora de hacer registros de Enfermería y se afecte el resultado. En cuanto al instrumento permite ordenar los datos recolectados en la entrevista y descomponerlos en porcentajes. En cuanto a las desventajas el instrumento no permite recolectar otros datos como observaciones y no contempla otro tipo de formación académica fuera del área de enfermería.

Instrucciones de llenado:

- 1- Nombre: Se colocará solamente siglas correspondientes al nombre u apellido de cada miembro del reservado su intimidad ya que los datos son de carácter anónimo. Dicho apartado tiene como objetivo organizar la información.
- 2- Sexo: Se tildará con una "V" o "X" la opción que corresponda según el sexo del personal.
- 3- En el apartado edad, se colocará la cantidad de años cumplidos al momento de la evaluación.
- 4- Nivel de formación, se tildará el nivel de formación alcanzado, en el apartado otros, se agregará que tipo de estudios realizó o está realizando.
- 5- Antigüedad laboral en la profesión: Se colocará la cantidad de años de experiencia laboral en la profesión de Enfermería, que refieran las unidades de análisis.
- 6- Situación de doble empleo, se tildará la opción que corresponda.

Para la Variable *Calidad de los Registros* se utilizará la observación no participante, por medio de dos listas de cotejo, previamente validadas y adaptadas a las características del sitio y contexto de estudio (Ver Anexo III). Todos los instrumentos son de carácter anónimo sin recoger datos tanto de quien lo confecciona, como de los pacientes, (Ver Anexo IV). La aplicación de los mismos la realizarán los colaboradores, cuatro en el turno mañana para evaluar los registros de los turnos 00-06 y 06-12, y dos para evaluar los correspondientes al turno 12-18 y dos para evaluar los del turno de 18-24 hs.

Para la evaluación de los registros de enfermería según dimensión *estructura*, se adaptaron los ítems 9, 10, 11, 12,13, 24, 37, 42, 44, 52, 53, 54, 57, 63, 76, del instrumento validado en una investigación previa en 2013, utilizado por Vega, Y., (2017)

para respetar los indicadores existentes en las hojas de registro del servicio en estudio Conforme los resultados del estudio de validación de sitio y contexto (Ver Anexo III), a los requisitos de confiabilidad, validez y precisión y al control de validez interna de instrumentación, de este modo poder lograr medir lo que se pretende, (Ver Anexo IV).

El *instrumento 1*, está compuesto por cuatro hojas, cada una corresponde a las subdimensiones de la estructura de los registros de enfermería: Hoja de Signos vitales con 16 ítems, Kardex con 19, 28 ítems para la Hoja de evolución de Enfermería y 22 ítems para la Hoja de balance Hídrico, siendo un total de 85 ítems para todo el instrumento. Cada hoja posee 4 columnas verticales, la primera indica el número de ítem correspondiente a los indicadores a evaluar, la segunda columna corresponde a la dimensión de la variable, y la 3era y 4ta columna son opciones dicotómicas de respuesta (SI/NO). En las columnas horizontales contienen el número de ítem, luego el indicador, y los respectivos espacios para tildar según corresponda la presencia o ausencia de dicho indicador, cuya suma permite estimar el grado de adherencia, es decir la calidad de los registros, siendo estas, buena, regular o mala.

Instrucciones de llenado: Se debe completar datos de: Nombre de servicio, fecha de evaluación, turno evaluado (00-06, 06-12, 12-18, 18-24 hs), iniciales del personal a cargo del registro, resguardando su identidad, junto con el registro del número de historia clínica, permiten evitar duplicación de evaluación de los registros de una misma persona; y de un mismo paciente.

Una vez registrado el encabezado se procede a evaluar los registros según cada dimensión e indicador, tildando las celdas de respuestas siendo “Si” la presencia del atributo y “No” la ausencia del atributo. Concluida la etapa de evaluación se procederá a analizar los datos recabados para determinar el grado de calidad de los registros.

Para evaluar la dimensión Contenido se utilizará el *instrumento 2*, (Ver Anexo II) implementada y validado por Quevedo Ríos, G, (2017) en su trabajo. Consta de 14 ítems que corresponden a las etapas del Proceso de Enfermería, el tipo de respuesta es dicotómica, acepta si puntuación 1 y no puntuación 0.

Las ventajas que presentan los instrumentos seleccionados permiten evaluar de forma fragmentada los registros, para que de este modo se pueda recolectar datos de forma organizada y sistematizada, en el caso del instrumento 2 requiere menor cantidad de datos para su llenado, pero no permite agregar en su adaptación, observaciones.

A su vez la adaptación de los instrumentos a las características de los ya existentes en los servicios de estudio, permite asegurar la validez interna, midiendo aquello que se pretende medir, sin intercesión de variables ajenas. La aplicación de la prueba piloto

permite comprobar la confiabilidad, validez y precisión del instrumento, y `por último la observación no participante; y la naturalización de la presencia del investigador en el servicio, evita influir en los resultados, que el personal perciba la presencia del observador y modifique su rutina de llenado de registros

Personal a cargo de la recolección de datos

Conforme al control de validez interna para controlar las amenazas de instrumentación y administración, es decir que se aplique los instrumentos de igual forma a todos los participantes. se utilizará la técnica de adiestramiento, seleccionando ocho estudiantes de enfermería que participarán como colaboradores, para la recolección de datos; dos por cada turno que posee el servicio, En el turno mañana habrá cuatro colaboradores, de los cuales dos registrarán información acontecida en dicho turno y los otros dos aquellos datos correspondientes al turno noche).

Para el adiestramiento se van a plantear cuatro encuentros, en el primero se explicará tanto la problemática a abordar como los objetivos generales y específicos, las características del sitio, contexto, población, variables, dimensiones e indicadores. En el segundo encuentro se procederá a explicar las técnicas e instrumentos a utilizar y se brindará copias a cada colaborador para instruir en su uso y realizar un simulacro de relevamiento de datos y llenado de cada instrumento. El tercer encuentro estará orientado a despejar dudas que surjan, fijar fechas, horarios y distribución de los colaboradores para iniciar el relevamiento de datos. En el cuarto y último encuentro será con la finalidad de unificar todos los datos recabados para su posterior análisis.

Conforme al Departamento de Salud, Educación y Bienestar, (1974) en el Informe Belmont, para el resguardo de los datos obtenidos, de la institución y los participantes, se considerarán los siguientes Principios éticos:

Principio de beneficencia: Los participantes no estarán expuestos a daño, los resultados que arrojen la evaluación de la calidad de los registros son de carácter anónimo por lo cual los participantes no estarán expuestos a ningún daño, es decir que dichos resultados sean tomados por la autoridades como indicadores de rendimiento laboral, conforme a este principio que propone que los beneficios deben superar los efectos indeseables, los resultados de la investigación serán de utilidad para el colectiva de enfermería cuyos beneficios serán para poder diseñar e implementar protocolos que

faciliten la realización de registros conforme a las normas y disminuir el tiempo que esto conlleva.

Principio de autonomía: Para garantizar este principio se optó por la presentación de un consentimiento informado que detalle posibles riesgos, beneficios, ventajas y participación voluntaria de la investigación.

Principio de justicia: Se preservará la intimidad de la población en estudio tanto del personal como de las historias clínicas de la cuales solo se obtendrá datos de las dimensiones estructuras y contenido, no datos personales de los sujetos de atención, para garantizar trato justo se seleccionará a igual cantidades de personas de las distintas variables de edad, sexo, antigüedad, nivel de formación, situación de doble empleo, y se dará acceso a todos de igual manera a los resultados del estudio.

Plan de análisis

Tipo de estadística, análisis y presentación de resultados.

En este estudio se implementará una estadística descriptiva, con el fin de describir la ocurrencia de fenómenos y sintetizar datos, permitiendo expresar los resultados en porcentajes, es decir el grado de adhesión a los registros de enfermería en sus dos dimensiones (Estructura y contenido) según las características del personal (Edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión, situación de doble empleo).

El tipo de análisis a realizar, será multivariado para describir la relación entre las seis variables en estudio. Se presentarán los datos estadísticos descriptivos por medio de gráfico de barras simples, en el cual se comparará en porcentajes, la calidad de los registros entre hombres y mujeres, entre los rangos etarios asignados en el instrumento 3 (Ver anexo III), entre los distintos tipos de nivel de formación, entre los rangos etarios planteados en el instrumento 3 (Ver Anexo III) y entre el personal con y sin situación de doble empleo.

Codificación de datos:

Para los datos recogidos por el Instrumento 3 sobre las variables características del personal se codificará los datos de la siguiente manera:

- 1- Iniciales del personal evaluado, por medio del Uso de letras, sin valor numérico para operaciones matemáticas
- 2- Variable sexo: escala de medición nominal, en la que se utilizarán los símbolos H para hombres y M para mujeres,
- 3- Variable Edad, Escala de medición Razón, una vez recolectados los datos se procederá a cualificar esta variable reagrupando los datos en grupos etarios correspondientes a la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson por Du Gas, B, (2000), de la siguiente manera: A corresponde a edades entre 22 a 35 años, B entre 36 a 65 años.
- 4- variable nivel de formación, la escala de medición será ordinal se asignarán números donde 1 corresponde a Doctor en Enfermería, 2 a especialista, 3 a Magister, 4 a Licenciado y 5 a enfermero.
- 5- Para la variable antigüedad laboral en la profesión cuya escala de medición es Razón, una vez recolectados los datos se procederá a cualificar esta variable reagrupando los datos en grupos etarios correspondientes a la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson por Du Gas, B, (2000), de la siguiente manera: C corresponde a edades entre 22 a 35 años, D entre 36 a 65 años.
- 6- Para la variable situación de doble empleo cuya escala de medición nominal, se utilizará iniciales según tipo de respuesta S para Sí y "N" para No, todos estos datos serán posteriormente sumado y convertidos en porcentajes que reflejen la distribución de las variables.

Codificación de la variable calidad de los registros según dimensión estructura:

Se utilizarán 85 índices que presentan los indicadores de cada variable, cuya escala de medición ordinal siendo la calificación de los ítems: Si: un punto, No: cero puntos, el puntaje obtenido se clasifica en: Bueno si logra entre el 90 y 100%, regular 70 y 89%, mala siendo menor al 70%.

Según dimensión contenido, consta de 14 ítems, 4 corresponden a la subdimensión valoración, 2 ítems en la subdimensión diagnóstico, 2 ítems en la subdimensión planificación, 2 ítems en la subdimensión ejecución y 4 ítems en la subdimensión evaluación. La calificación de los ítems: Si: un punto No: cero puntos,

Si registra las 5 etapas se considera “Buena”, si registra 4 de 5 es “Regular” y si registra menos de 4 etapas se considera “Malo”, según las dimensiones

Dimensión Valoración

Si presenta un porcentaje de 66.7% a 100% = Buena

Si presenta un porcentaje, de 33.3% a 66.6% = Regular

Si presenta un porcentaje, 0% a 33.2% = Mala

Dimensión Diagnóstico

Si presenta un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si presenta un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si presenta un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

Dimensión Planificación

Si presenta un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si presenta un porcentaje, de 66.6% a 33.3% = Regular

Si presenta un porcentaje, de 33.2% a 0% = Mala

Dimensión Ejecución

Si presenta un porcentaje, de 100% a 66.7% = Buena

Si presenta un porcentaje, de 33.3% a 66.6% = Regular

Si presenta un porcentaje, de 0% a 33.2% = Mala

Dimensión Evaluación

Si presenta un porcentaje, de 66.7% a 100% = Buena

Si presenta un porcentaje, de 33.3% a 66.6% = Regular

Si presenta un porcentaje, de 0% a 33.2% = Mala

Plan de trabajo y Cronograma

Plan de trabajo

- 1- Estudio exploratorio, se aplicará la guía de convalidación de sitio durante 3 días consecutivos en las Unidades de Terapia Intensiva 1 y 2 para ver si los servicios cuentan con los elementos necesarios para la aplicación de la investigación, los recursos necesarios son, tres copias impresas de la guía de convalidación de sitio (Ver Anexo I) y un solo colaborador para el relevamiento de datos.
- 2- Prueba piloto: se realizará durante un día, en una unidad crítica de un efector público municipal, con las mismas características de la población a estudiar, en cuanto a los recursos la aplicación de la prueba esta estará a cargo del investigador y se necesitará copia impresa del Instrumento 1 (Ver Anexo II)
- 3- Selección de colaboradores; se procederá a la selección de 8 estudiantes de tercer año de la carrera de enfermería, en la UNR, por medio de solicitud a las autoridades de la cátedra de investigación. Recursos: Carta dirigida a las autoridades de Cátedra, informando el tipo de estudio y objetivos, solicitando la colaboración de parte de estudiantes que cursen dicha materia.
- 4- Capacitación de colaboradores. Para esto se realizará primero, la impresión de instrumentos (Una copia de cada instrumento para cada uno de los colaboradores, y 100 copias de los instrumentos 1 y 2 y 90 del instrumento 3) y confección de diapositivas referidas al motivo, objetivo, fundamento, variables, dimensiones, indicadores de la investigación. Luego se procederá a establecer una serie de encuentros para llevar a cabo la capacitación.
- 5- Recolección de datos. Se realizará durante un trimestre que comprende los meses de mayo, junio y julio de 2021, para esto se necesitarán 100 copias de del instrumento 2, 100 del instrumento 3 y 8 copias del instrumento 1.
- 6- Resumen, tabulación de datos y codificación de datos. (será necesario utilización de programas para cargar datos)
- 7- Aplicación de pruebas estadísticas
- 8- Aplicación de análisis de datos
- 9- Presentación de los resultados logrados.
- 10- Divulgación del proyecto.
- 11- Presentación del informe final.

Cronograma de actividades:

Actividades	Inicio	Fin	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Recolección de datos	3/5/2021	30/7/2021							
Tabulación de datos	2/8/2021	31/8/2021							
Análisis e interpretación de datos	1/9/2021	30/9/2021							
Construcción de Discusión de resultados	1/10/2021	15/10/2021							
Construcción de Conclusiones en base a los resultados	16/10/2021	29/10/2021							
Elaboración de Informe Final	1/11/2021	15/11/2021							

Anexos

Anexo I.

Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios

- 1- ¿El sitio/contexto, presenta las variables que se pretenden medir?
- 2- ¿La institución permitirá la realización del proyecto?
- 3- ¿La institución autorizará publicar los resultados?
- 4- ¿A quién o quienes debo remitir para conseguir autorización?
- 5- ¿De permitir realizar el estudio, en que horarios puedo ingresar a los servicios?
- 6- En relación al Sitio de investigación, ¿cuáles son sus características?
- 7- En relación al Contexto ¿qué aspectos del mismo favorecen y obstaculizan la aplicación del estudio?
- 8- ¿El servicio cuenta con algún espacio en que se pueda entrevistar al personal?
- 9- ¿La Enfermera Jefa, está dispuesta a brindarme datos sobre las características del personal a su cargo?
- 10- ¿La distribución de pacientes según grado de complejidad es conforme al nivel de formación del personal asignado?
- 11- ¿Qué cantidad de personal conforma la dotación total?
- 12- ¿Qué cantidad de personal conforma la dotación real actual?
- 13- ¿Cuántos turnos, o cantidad de horas laborables presenta el servicio?
- 14- ¿Cuánto personal hay con formación de grado?
- 15- ¿Cuánto personal posee formación de pregrado?
- 16- ¿Cuánto personal posee especializaciones?
- 17- ¿Cuánto personal realiza cursos de actualización?
- 18- ¿La institución brinda capacitación al personal?
- 19- ¿Las capacitaciones son de libre participación u obligatoria?
- 20- ¿Qué grado de adhesión existe a las capacitaciones intra servicio?
- 21- ¿Qué cantidad de personal está actualmente realizando cursos, o carreras?
- 22- ¿El servicio cuenta con algún sistema de incentivo para la capacitación?
- 23- ¿Cuántos enfermeros conforman la dotación total de cada unidad de cuidados críticos?
- 24- ¿Cuántos enfermeros hombres poseen en cada unidad?
- 25- ¿Cuántas enfermeras mujeres poseen en cada unidad?
- 26- ¿Cuál es la antigüedad de cada miembro del personal?

- 27- ¿Qué cantidad de personal presenta situación de doble empleo?
- 28- ¿El personal posee turnos fijos o rotativos?
- 29- ¿Cuántas camas útiles poseen en cada servicio?
- 30- ¿Cuál es el promedio de giro cama de los servicios?
- 31- ¿Cuál es la cantidad de camas útiles?
- 32- ¿Cuál es el promedio de días de estada?
- 33- ¿Cuál es la relación enfermero-paciente en cada unidad?
- 34- ¿Qué grado de demanda presenta cada servicio?
- 35- ¿Cuál es el grado de incidencia de urgencias en los servicios?
- 36- ¿Cuáles son las características o cómo se estructuran los registros de enfermería de los servicios?
- 37- ¿Están dentro de la historia clínica o aislada de la misma?
- 38- ¿Los registros de enfermería son tomados en cuenta por otros miembros del equipo de salud?
- 39- ¿Quién/quienes son los encargados de realizar los registros de enfermería en cada servicio?
- 40- ¿En algún servicio las evoluciones del estado de los pacientes las registran los enfermeros jefes?
- 41- ¿Los servicios cuentan con guías o protocolo para confección de registros de enfermería?
- 42- ¿De cuánto tiempo dispone el personal para realizar los registros?
- 43- ¿Existe auditoría de los registros, con qué frecuencia y quien la realiza, de qué modo lo realiza?
- 44- ¿Los formatos impresos para registros en el servicio, contemplan dimensiones de estructura y contenido?

Anexo II.

Instrumentos de recolección de datos

Instrumentos para evaluar la calidad según dimensión estructura, de los registros de Vega, Y., 2017, (pág. 95, 96,97).

FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA SOBRE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:.....

FECHA:.....

Nº DE FICHA:.....

Nº ITEM	INDICADORES A EVALUAR	SI	NO
HOJA GRÁFICA			
Ítem 1	Registra nombres y apellidos		
Ítem 2	Registra la edad		
Ítem 3	Registra el sexo		
Ítem 4	Registra el número de historia clínica		
Ítem 5	Registra el número de cama		
Ítem 6	Registra el servicio		
Ítem 7	Registra la hora de ingreso.		
Ítem 8	Registra las fechas de hospitalización del paciente (día, mes y año)		
Ítem 9	Registra con rojo los días postquirúrgicos		
Ítem 10	Grafica el pulso con líneas de unión entre los puntos (con rojo) en cada turno		
Ítem 11	Grafica la temperatura con línea de unión entre los puntos (con azul), en cada turno		
Ítem 12	Grafica la frecuencia respiratoria con línea de unión entre los puntos (con verde), en cada turno		
Ítem 13	Grafica la presión arterial en las celdas correspondientes a "M", "T" y "N" (con negro)		
Ítem 14	Registra el peso		
Ítem 15	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 16	Están escritas con letra legible		

HOJA DE NOTAS DE ENFERMERÍA

Ítem 17	Registra nombres y apellidos		
Ítem 18	Registra la edad del paciente		
Ítem 19	Registra el sexo del paciente		
Ítem 20	Registra el número de historia clínica		
Ítem 21	Registra el número de cama		
Ítem 22	Registra el servicio		
Ítem 23	Fecha (al inicio; incluye año, mes y día)		
Ítem 24	Turno (mañana, tarde y noche)		
Ítem 25	Datos subjetivos (síntomas del paciente)		

Nº ITEM	INDICADORES A EVALUAR	SI	NO
Ítem 26	Datos objetivos (signos en el paciente)		
Ítem 27	Diagnósticos de enfermería		
Ítem 28	Registra los objetivos y/o resultados esperados		
Ítem 29	Registra las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería		
Ítem 30	Hora de la intervención		
Ítem 31	Registra tratamiento aplicado (medicamento, hora, vía y dosis)		
Ítem 32	Registra el balance hídrico (ingresos y egresos)		
Ítem 33	Registra el control de signos vitales (Tº, FC, FR y PA)		
Ítem 34	Registra la evaluación de las intervenciones		
Ítem 35	Están escritas con letra legible		
Ítem 36	Están escritas sin errores ortográficos		
Ítem 37	Color de la tinta es de acuerdo al turno (azul en las mañanas y tardes y rojo en la noche)		
Ítem 38	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 39	Registra sin dejar espacios en blanco		
Ítem 40	Registra nombres y apellidos		
Ítem 41	Firma de la enfermera		
Ítem 42	Número de colegiatura		
Ítem 43	Sello de la enfermera		
Ítem 44	Registra dos a tres notas en 24 horas		

HOJA DE BALANCE HÍDRICO

Ítem 45	Registra nombres y apellidos		
Ítem 46	Registra la edad		
Ítem 47	Registra el sexo		
Ítem 48	Registra el número de historia clínica		
Ítem 49	Registra el número de cama		
Ítem 50	Registra la fecha		
Ítem 51	Registra los líquidos ingeridos por vía oral en cada turno		
Ítem 52	Registra el ingreso de líquidos por vía parenteral en cada turno		
Ítem 53	Registra la cantidad de medicamentos administrados		
Ítem 54	Registra el cálculo de agua de oxidación		
Ítem 55	Registra el total de los ingresos		
Ítem 56	Registra la cantidad de orina		
Ítem 57	Succión: Registra la cantidad succionada por vía nasogástrica u oro gástrica		
Ítem 58	Drenaje: Registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros.		
ítem 59	Vómitos: Registra los líquidos eliminados por vómitos		
Ítem 60	Heces: Registra la pérdida de líquidos de las heces		

Nº ITEM	INDICADORES A EVALUAR	SI	NO
Ítem 61	Pérdidas insensibles: Registra el resultado del cálculo de las pérdidas insensibles		
Ítem 62	Registra el total de los egresos		
Ítem 63	Registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo o negativo) con rojo		
Ítem 64	Registra el peso del paciente		
Ítem 65	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 66	Están escritas con letra legible		

KARDEX DE ENFERMERÍA

Ítem 67	Registra nombres y apellidos		
Ítem 68	Registra la edad		
Ítem 69	Registra el sexo		
Ítem 70	Registra el número de historia clínica		
Ítem 71	Registra el número de cama		
Ítem 72	Registra el peso		
Ítem 73	Registra la fecha de ingreso		
Ítem 74	Registra la hora de ingreso		
Ítem 75	Registra el diagnóstico médico		
Ítem 76	Registra el tipo de dieta del paciente con rojo		
Ítem 77	Registra las fechas: día, mes y año del tratamiento médico		
Ítem 78	Registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, vía; de acuerdo a la prescripción médica. Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración		
Ítem 79	Registra las horas diarias según frecuencia de programación del medicamento		
Ítem 80	Chequean con un aspa en el horario que se administró el medicamento.		
Ítem 81	Registra como suspendido en la fecha en que se discontinuó el tratamiento médico		
Ítem 82	Registra procedimientos de enfermería y/o exámenes solicitados		
Ítem 83	Registra sin borrones o enmendaduras		
Ítem 84	Están escritas con letra legible		

Instrumento para evaluar la Calidad de los Registros según dimensión Contenido de (Quevedo Ríos, G, 2017, pág. 82).

C = CONTENIDO	SI	NO	OBSERVACIONES
I. VALORACION: 1. Biológica 2. Psicológica 3. Espiritual 4. Social			
II. DIAGNOSTICO: 5. Respuesta humana 6. Factor Relacionado			
III. PLANIFICACION 7. Criterios de resultado 8. intervenciones			
IV. EJECUCIÓN: 9. Actividades independientes 10. Actividades dependientes			
V. EVALUACIÓN: 11. Biológica 12. Psicoológica 13. Social 14. Espiritual			

Instrumento 1, para evaluar calidad de los registros según dimensión Estructura, adaptado para las Unidades de Terapia Intensiva.

Servicio:.....Fecha:.....Turno:.....

Personal: (Iniciales)..... N° de Historia Clínica:.....

N° de ítem	Dimensión Hoja de Signos Vitales	SI	NO
1	Registra nombres y apellidos.		
2	Registra la edad.		
3	Registra el sexo.		
4	Registra el número de historia clínica.		
5	Registra el número de cama.		
6	Registra el servicio.		
7	Registra la hora de ingreso.		
8	Registra las fechas de hospitalización del paciente (día, mes y año).		
9	Registra tiempo cursado de postquirúrgicos.		
10	Registra parámetros vitales de pacientes críticos, F.C. T°. T.A, PAM, PIC, F.R, HGT,)		
11	Registra Mililitros/Hora de goteos de Vasoactivos-Sedoanalgesia-Insulina.		
12	Registra Saturación, fiO2, Litros de O2 y Modo Ventilatorio		
13	Grafica la signos vitales en las celdas correspondientes a cada turno (0-6, 06-12, 12-18, 18-24)		
14	Registra el peso.		
15	Registra sin borrones o enmendaduras.		
16	Registra con letra legible.		

N° de ítem	Dimensión Evolución de Enfermería	SI	NO
17	Registra nombres y apellidos.		
18	Registra la edad del paciente.		
19	Registra el sexo del paciente.		
20	Registra el número de historia clínica.		
21	Registra el número de cama.		
22	Registra el servicio.		
23	Fecha (al inicio; incluye año, mes y día).		
24	Turno (00-06. 06-12, 12-18, 18-24).		
25	Datos subjetivos (síntomas del paciente).		
26	Datos objetivos (signos en el paciente).		
27	Diagnósticos de enfermería.		
28	Registra los objetivos y/o resultados esperados.		
29	Registra las intervenciones de enfermería, en forma detallada y acordes a la valoración, diagnóstico y plan de enfermería.		
30	Hora de la intervención.		
31	Registra tratamiento aplicado (medicamento, hora, vía y dosis).		
32	Registra el balance hídrico (ingresos y egresos).		
33	Registra el control de signos vitales (T°, FC, FR y PA).		
34	Registra la evaluación de las intervenciones.		
35	Están escritas con letra legible.		
36	Están escritas sin errores ortográficos.		
37	Usa resaltador en datos relevantes		
38	Registra sin borrones o enmendaduras.		
39	Registra sin dejar espacios en blanco.		
40	Registra nombres y apellidos.		
41	Firma de la enfermera.		
42	Registra N° Matrícula		
43	Sello de la enfermera.		
44	Registra una vez por turno.		

N° de ítem	Dimensión Balance Hídrico	SI	NO
45	Registra nombres y apellidos.		
46	Registra la edad.		
47	Registra el sexo.		
48	Registra el número de historia clínica.		
49	Registra el número de cama.		
50	Registra la fecha.		
51	Registra los líquidos ingeridos por vía oral en cada turno.		
52	Registra el ingreso de líquidos por vía parenteral en cada turno. Incluyendo Goteos y soluciones para expansión.		
53	Registra la cantidad de mililitros utilizados para la dilución de fármacos administrados.		
54	Registra el cálculo de agua de oxidación. (Agua de los alimentos)		
55	Registra el total de los ingresos.		
56	Registra la cantidad de orina.		
57	Registra la cantidad líquidos administrados por vía nasogástrica, nasoyeyunal u oro gástrica.		
58	Drenaje: Registra la cantidad drenada por colostomía, ileostomía u otros.		
59	Vómitos: Registra los líquidos eliminados por vómitos.		
60	Heces: Registra la pérdida de líquidos de las heces.		
61	Pérdidas insensibles: Registra el resultado del cálculo de las pérdidas insensibles.		
62	Registra el total de los egresos.		
63	Registra el resultado del cálculo del balance hídrico (positivo o negativo).		
64	Registra el peso del paciente.		
65	Registra sin borrones o enmendaduras.		
66	Están escritas con letra legible		

N° de ítem	Dimensión Kardex	SI	NO
67	Registra nombres y apellidos.		
68	Registra la edad.		
69	Registra el sexo.		
70	Registra el número de historia clínica.		
71	Registra el número de cama.		
72	Registra el peso.		
73	Registra la fecha de ingreso.		
74	Registra la hora de ingreso.		
75	Registra el diagnóstico médico.		
76	Registra el tipo de dieta del paciente.		
77	Registra las fechas: día, mes y año del tratamiento médico.		
78	Registra el nombre del medicamento, dosis unitaria, frecuencia, vía; de acuerdo a la prescripción médica.		
79	Cada reglón sirve para un solo medicamento y forma de administración.		
80	Registra las horas diarias según frecuencia de programación del medicamento.		
81	Chequean con un aspa en el horario que se administró el medicamento.		
82	Registra como suspendido en la fecha en que se discontinuó el tratamiento médico.		
83	Registra procedimientos de enfermería y/o exámenes solicitados.		
84	Registra sin borrones o enmendaduras.		
85	Registra con letra legible.		

Instrumento 2, para evaluar calidad de los registros según dimensión Contenido, adaptado para las Unidades de Terapia Intensiva.

Servicio:.....Fecha:.....Turno:.....

Personal: (Iniciales)..... N° de Historia Clínica:.....

N° de ítem	Dimensión Valoración	SI	NO
1	Registra valoración Biológica.		
2	Registra valoración psicológica.		
3	Registra valoración espiritual.		
4	Registra valoración social.		
	Dimensión Diagnóstico		
5	Registra Respuesta Humana.		
6	Registra Factor relacionado.		
	Dimensión Planificación		
7	Registra Criterio de resultado.		
8	Registra Intervenciones a realizar.		
	Dimensión Ejecución		
9	Registra actividades independientes.		
10	Registra actividades interdependientes.		
	Dimensión Evaluación		
11	Registra evaluación biológica.		
12	Registra evaluación psicológica.		
13	Registra evaluación espiritual.		
14	Registra evaluación social.		

Instrumento 3; Para organizar los datos recolectados sobre las características de la población en estudio.

Iniciales del personal	Sexo		Edad	Nivel de formación					Antigüedad laboral en la profesión	Doble empleo	
	H	M		Enf.	Lic.	Mg.	Dr.	Especialidad		Si	No

Resultados:

Porcentaje de Hombres:

Porcentaje de Mujeres:

Rangos Etarios: de 22 a 35..... De 36 a 65.....

Porcentaje de Enfermeros según nivel de formación: Enf....Lic....Mg....Esp....Dr....

Rangos etarios de antigüedad laboral en la profesión: de 22 a 35..... De 36 a 65.....

Porcentaje de personal con doble empleo:

Porcentaje de personal con un solo empleo:

Consentimiento Informado para proyecto de investigación.

Título de la Investigación: “Calidad de los registros de Enfermería y características Sociodemográficas del personal, en las unidades de cuidados críticos, de un Hospital público de Rosario”.

El objetivo de esta investigación es describir el grado de relación que existe entre las características del personal, en la calidad de los registros de Enfermería.

El propósito del estudio es recabar datos relacionados a las características del personal (edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión, situación de doble empleo) y poder evaluar la adhesión de los registros del servicio según las dimensiones de contenido y estructura.

En cuanto a los participantes de la población de trabajadores de enfermería solo se requerirá contar con los datos brindados por la enfermera jefe, acceso a las planillas de dotación real total y la planilla de distribución del personal por turnos, sin hacer público datos personales de los mismos, y sin ser esto una evaluación de desempeño. Los registros de enfermería se seleccionarán por un muestreo no probabilístico por cuotas de 100 unidades de análisis, para evaluar la calidad sin hacer público datos privados de los pacientes titulares de las historias clínicas.

La cantidad de participantes estaría conformada por la Enfermera jefe a la cual se entrevistará y realizará un cuestionario sobre la dotación total real y actual asignada a la unidad, para contar con suficientes unidades muestrales. La cantidad necesaria de registros de Enfermería sería un total de 100, correspondientes a pacientes con un periodo de estada mayor o igual a un día.

El tiempo necesario para la entrevista a la enfermera jefe sería de media hora, y para el relevamiento de datos respecto de los registros se estima un trimestre o hasta alcanzar las 100 unidades requeridas, siendo un total de 3 horas diarias 3 veces por semana el relevamiento antes mencionado.

El estudio no representa ningún riesgo para el servicio, ni los participantes ya que no conforma una evaluación de desempeño sino una descripción de cómo se interrelacionan factores subjetivos con las prácticas de enfermería, respecto de los beneficios, los resultados podrían ser de utilidad para la gestión pues podrían significar identificar métodos

para corrección de posibles déficits de registros por medio de la aplicación de normas y/o protocolos.

Confidencialidad: Los datos personales de los enfermeros y pacientes no serán publicados, como tampoco el nombre de la institución; la participación al mismo es de carácter voluntario, teniendo los participantes el derecho a retirarse del estudio cuando así lo requieran.

Datos de a quién contactar en caso de preguntas:

Investigador: Marcos Farías email: marcos.atyag@gmail.com

Directora de tesis: Stella Cardella, email: enriqueciendoelmundo@hotmail.com

A quien contactar sobre los derechos como participante en el estudio:

.....

Si acepta la participación, favor de completar la autorización.

He leído el procedimiento descrito arriba, el investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. En pleno uso de mis facultades, voluntariamente doy mi consentimiento de participar en el estudio de Marcos Farías sobre: "Calidad de los registros de Enfermería y características Sociodemográficas del personal, en las unidades de cuidados críticos, de un Hospital público de Rosario".

He recibido copia de este procedimiento

Firma y aclaración

Fecha

Anexo III.

Resultados del estudio exploratorio

Los resultados del estudio exploratorio permitieron ver la existencia de las variables que se pretenden medir (registros de enfermería y personal), ambos servicios cuentan con una gran cantidad de historias clínicas, UTI 1 tiene una dotación real actual de 70 enfermeros, mientras que UTI 2 cuenta con una dotación real total de 20 enfermeros, distribuidos en cuatro turnos de seis horas.

Se logró en ambos servicios la autorización de la institución a la realización del proyecto y la posterior publicación de resultados, en cuanto a la concurrencia para relevamiento de datos, se autorizó el ingreso en los tres turnos diurnos de las dos unidades de terapia. La enfermera jefa accedió a brindar y acceso a la información sobre las unidades de análisis

Los servicios se organizan en cuatro turnos de seis horas cada uno, la mayor parte del personal no cuenta con turno fijo, realizan rotación, realizan un turno preferencial uno optativo de forma eventual, y las noches correspondientes en las cuales se cubre al personal que trabaja de noche, el personal con turno fijo es el del turno noche, y con relativo turno fijo es el de mayor antigüedad y con situación de doble empleo, la distribución de la demanda es de dos pacientes por enfermeros, en la que no se contempla el nivel de formación, en cuanto a este aspecto, existen programas de formación de carácter obligatorio, intra servicio que se realizan al ingreso de nuevo personal.

Las historias clínicas en la sección de enfermería se confeccionan una vez por turno a cargo del personal que aborda los respectivos pacientes, se efectúan durante todo el turno y se cierran al finalizar la guardia. Estos están formados por cuatro hojas de registro Kardex, Hoja de signos vitales, Hoja de balance Hídrico, Hoja de evolución de enfermería, al ser un área crítica requiere una buena cantidad de datos principalmente sobre parámetros vitales y datos sobre infusión endovenosas y enterales. Estos suelen ser consultados por el personal médico para determinar la evolución del estado de los pacientes y la respuesta a los tratamientos brindados, los mismos no son sometidos a auditoría.

Entre los aspectos que favorecen la investigación podemos mencionar, la gran cantidad de unidades de análisis de registros de enfermería, y el principal factor identificado que podía afectar el desarrollo del estudio, es la ausencia imprevista de alguno de los

miembros del equipo, por lo cual se tomó a la población total para contar con un número suficiente de unidades muestrales.

Nota de permiso para Estudio exploratorio



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Fariós Marcos, DNI: 20169421
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 16 de Nov 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Cardella Stella Maris
Nº MAT. 1795
LICEN. EN ENFERMERIA

Hoja de signos vitales.

Controles de Enfermería														
Nombre y Apellido: Diagnóstico: Fecha de Ingreso:						Peso: Talla:			Fecha: Cama: MC:					
Parámetros	Hora	0 a 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	8 a 10	10 a 12	12 a 14	14 a 16	16 a 18	18 a 20	20 a 22	22 a 24	Observaciones
FC (L x min.)														
FR (R x min.)														
Temperatura (°C)														
TA (mmHg)														
PAM (mmHg)														
PCO2														
SpaO2														
Glucemia capilar Insulina ml/h														
Score Glasgow														
Úlceras decúbito: Grado														
Score TBS 28														
Modo Ventilatorio														
VT														
PEEP														
Phonend														
Peso														
FIRMA														

Controles de Enfermería														
Nombre y Apellido: Diagnóstico: Fecha de Ingreso:						Peso: Talla:			Fecha: Cama: MC:					
Parámetros	Hora	0 a 2	2 a 4	4 a 6	6 a 8	8 a 10	10 a 12	12 a 14	14 a 16	16 a 18	18 a 20	20 a 22	22 a 24	Observaciones
FC (L x min.)														
TA (mmHg)														
PAM (mmHg)														
PVC (cm H2O)														
PAP (media) mmHg														
PCP (media) mmHg														
Temperatura (°C)														
FIO2														
Tipo / Modo														
FR (R x min.)														
VTI / VTE (ml)														
PEEP (cm H2O)														
P. Pico (cm H2O)														
P. Plateau (cm H2O)														
P. Soporte (cm H2O)														
SpaO2														
P. Manguito (cm H2O)														
S. Glasgow														
PIC (mmHg)														
PPC (media) mmHg														
Pupilas I / D														
Drogas														
Observaciones:														
FIRMA														

Balance Hídrico

		0	1	2	3	4	5	Parcial 6	7	8	9	10	11	Parcial 12	13	14	15	16	17	Parcial 18	19	20	21	22	23	Parcial			
INGRESOS	PARENTERAL	Sol. ClNa 0.9%																											
		Sol. ClNa 0.45%																											
		Sol. ClNa 3%																											
		Dex. 5%																											
		Dex. 10%																											
		Dex. 25%																											
		Dex. 50%																											
		Sol. Ringer Lactato																											
		Manitol 15%																											
		HEA																											
		Poligelina																											
		Plasma																											
		Plaquetas																											
		FFC																											
	Crioprecipitados																												
	Sangre																												
	Albumina																												
	ATB1																												
	ATB2																												
	NPT																												
ENTERAL	Via Oral																												
	NET Gastro																												
	NET Yeyuno																												
INGRESOS TOTALES																													
EGRESOS	Orina																												
	Vómito																												
	SNG																												
	Deposiciones																												
	Drenajes																												
EGRESOS TOTALES																													
BALANCE PARCIAL																													
BALANCE DE 24 HS																													

		0	1	2	3	4	5	Parcial 6	7	8	9	10	11	Parcial 12	13	14	15	16	17	Parcial 18	19	20	21	22	23	Parcial			
INGRESOS	PARENTERAL	Sol. Fisiológica ClNa 0,9%																											
		Sol. Fisiológica ClNa 0,45%																											
		Sol. Fisiológica ClNa 3%																											
		Dex. 5%																											
		Dex. 10%																											
		Dex. 25%																											
		Sol. Ringer Lactato																											
		Manitol 15%																											
		Poligelina																											
		Plasma																											
		Plaquetas																											
		Sangre																											
		Albumina																											
		ATB																											
ENTERAL	Via Oral																												
	NET																												
	Yeyuno																												
	INGRESOS TOTALES																												
EGRESOS	Orina																												
	Vómito																												
	SNG																												
	Deposiciones																												
	Drenajes																												
EGRESOS TOTALES																													
BALANCE																													

BALANCE DE 24 HORAS:

Hoja de Actividades de Enfermería

PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA	HORARIO DE EJECUCION																								OBSERVACIONES			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
Baño en cama																												
Lavado de cabello																												
Higiene ocular																												
Higiene bucal																												
Rasurado facial																												
Lubricación de la piel																												
Protección puntos de apoyo																												
Cambio de decubito																												
Ejercicios pasivos																												
Masajes de confort																												
Cambio ropa de cama																												
Curación vía central																												
Curación de traqueostomía																												
Lavado SNG																												
Medición residuo gástrico																												
Cambio de peritus																												
Colocación monitoreo cardíaco																												
Extracción muestra de sangre																												
Extracción muestra de orina																												
Cambio de vía periférica																												
Apoyo emocional al paciente																												
Apoyo emocional a la familia																												
Educación																												
Posición 40°																												
Higiene perineal																												
Aspiración de secreciones																												
Medios físicos																												
Corte de uñas																												
Cambio sujeción tubo endotraqueal																												
Curación de escaras																												
Cambio bolsa de colostomía																												
Administración de alimentos vía oral																												

Anexo IV.

Resultados de la prueba piloto del instrumento

La prueba piloto se efectuó en un servicio de Terapia Intensiva, de un efector público municipal, con características similares al sitio, contexto y población de estudio, éstas fueron aplicadas dos veces a la misma población, durante dos días diferentes no consecutivos, en el turno mañana y tarde, en el mes de abril de 2021.

Respecto a las dos listas de cotejo, que corresponden a la Población 2 “Registros de enfermería” se determinó que tanto el Instrumento 1 que considera la Dimensión Estructura, con sus respectivas adaptaciones de los ítems 9, 10, 11, 12,13, 24, 37, 42, 44, 52, 53, 54, 57, 63, 76, y el Instrumento 2 que considera la Dimensión Contenido, han permitido evaluar la calidad de los registros en sus tres opciones de calificación (buena, regular y mala).

En cuanto al instrumento 3, para caracterizar a la población 1 “Personal de Enfermería”, según edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la población y situación de doble empleo, no presentó dificultades en su administración, pudiéndose completar exitosamente todos los campos requeridos, sin necesidad de realizar modificaciones tras ver los resultados.

La aplicación de estas pruebas permite controlar las amenazas de inestabilidad instrumental, instrumentación, condiciones ambientales, administración de pruebas, permitiendo así obtener los requisitos de confiabilidad, validez y precisión.

Nota para solicitud de Prueba piloto

Rosario, 16 de noviembre de 2020

Mesa de Entradas

Al Comité de Docencia e Investigación del Hospital Provincial del Centenario.

Sr. Directora: Peruch, Claudia.

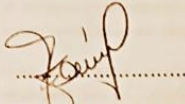
S / D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para solicitar aprobación de esta solicitud, cuyo objetivo es la realización de una prueba piloto, de instrumentos para describir la calidad de los registros de Enfermería; lo cual permitirá determinar la factibilidad de ejecución de un futuro proyecto de investigación relacionado con la temática mencionada.

Este protocolo de Investigación me permitirá regularizar la actividad académica "Tesina", para alcanzar el Título de Grado de Licenciado en Enfermería, otorgado por la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

Anexo consentimiento informado de proyecto de investigación y autorización para realización de Prueba piloto correspondiente a instrumentos de recolección de datos.

Sin otro Particular, y a la espera de una respuesta, Saludo Atte.



Marcos Farias.

Enfermero Profesional.

Tel: (341) 2690058

Email: marcos.atyag@gmail.com



Bibliografía

Organización Internacional para la Estandarización. (2015). *Concepto de Calidad*. Organización Internacional para la Estandarización, España.

Alba Rosales, M., Bellido Vallejo, J., Cárdenas Casanova, V., Ibañez Muñoz, J., López Márquez, A., Millán Cobo, M., Fernández Salazar, S., García Márquez, M., Garrido de Toro, I., Ramos Morcillo, A., Ríos, A., Rodríguez Torres, M. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes de NNN* (1 ed.). Jaén, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Álvarez, A., Salinas, J., Chervo, A., Duhalde W. (2012). *Iatrogenia y Mala Praxis- Responsabilidad Profesional: Actualización de "Iatrogenia en Enfermería-Auditoría en Enfermería*. Universidad Nacional de Rosario; Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Rosario: Virtual Impresiones.

Añón Elizalde, J., Cabestrero Alonso, D., M^ª Paz Escuela Gericó, García Aparicio, J., García García, S., Goded Rumbaud, F., Quintana Díaz, M., Ruza Tarrío, F., Serrano Hernández, N., Suárez Gonzalo, L., Zarazaga Monzón, A. (2006). Scores Pronósticos y Criterios de Diagnósticos en el paciente Crítico. En A. García de Lorenzo, *Intervención terapéutica* (2 ed., págs. 322-46). España: Ediciones Ergon S.A.

Arzani, E., Adue, I., Muñoz, N., Micozzi, T. (2019). *Recopilación Bibliográfica; Cátedra Administración en Enfermería comunitaria y hospitalaria*. Universidad Nacional de Rosario; Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Rosario: Virtual Impresiones.

Arzani, E., Muñoz, N., Chervo, A. (2001). El rol del licenciado en la gestión de enfermería. *Revista de enfermería del Hospital Italiano*, 4 (12), 4-7.

Balderas Pedrero, M. (2009). *Administración de los servicios de Enfermería* (5 ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.

Barrio I., Molina, A., Sánchez, c., Ayudarte, M. (2006). Ética en Enfermería y Nuvos Retos. *An. Sint. Sanit. Navar*, 29 (suplemento 3), 41-47.

Bartolo Ramos, J. (2018). *Características Biográficas y el desempeño laboral de los trabajadores administrativos de la Municipalidad Distrital de Uchiza*. Tesis de grado, Universidad Nacional Agraria de la Selva, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Tingo María.

Bustos, G., Perepelycia, L. (2010). *Enfermería maternoinfantil y neonatal, compendio de técnicas* (1 ed.). Rosario: Corpus.

Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe. (2005). *Ley 12501, Regulación del ejercicio de la Enfermería*. Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe.

Chumpitaz Ipanaque, J. (2017). *Evaluación del desempeño laboral según características demográficas del personal de enfermería del servicio Gineco Obstetricia del Hospital de Ventanilla*. Tesis de posgrado, Universidad César Vallejo, Escuela de posgrado.

Cisneros, F. (2005). *Teoías y Modelos de Enfermería*. Universidad del Cuaca, Popayán.

(1989). *Decreto N° 1919/89 Régimen licencias, justificaciones y franquicias*. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe.

(1993). *Decreto Reglamentario de la Ley 24.004 de Enfermería Profesional: Decreto Nacional 2.497/1993*. Boletín Oficial, Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, Buenos Aires.

Departamento de Salud, Educación y Bienestar. (1974). *Informe Belmont, Principios éticos y directrices para la protección de sujetos Humanos de Investigación*. Reporte de la Comisión Nacional para la protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamiento, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Washington D.C.

(2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley nacional No.26.529*. Boletín Oficial, Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Díaz, M.; Peluso, M. (2013). *Calidad de Registros de Enfermería*. Tesis, Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. , Mendoza.

Du Gas, B. (2000). *Tratado de Enfermería Práctica* (4 ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Duhalde, W., Cecchini, F., Puerta, M., Nores, R. (2020). *Recopilación bibliográfica, Cátedra Práctica Integrada II*. Universidad Nacional de Rosario; Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Rosario: Virtual Impresiones.

Durán, A. (2017). *Recopilación Bibliográfica "Signos Vitales"*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Departamento pedagógico de Enfermería, Mar del Plata.

Escobar Castellanos, B.; Sanhueza Alvarado, O. (2018). Patrones de Conocimiento de Carper y Expresión en el Cuidado de Enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7 (1), 1-16.

F.H. de Canales, E.L. de Alvarado, E.B. Pineda. (1994). *Metodología de la Investigación* (2a. ed.). Washington, D.C., E.U.A.

Farías, A., Rojas, R., Shocron, S. (2016). *Calidad de vida profesional percibida por el personal de enfermería de los servicios cerrados*. Tesina, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Cs Médicas, Escuela de Enfermería, Mendoza, Argentina.

Gabini, S. (2018). Potenciales predictores del rendimiento laboral: una exploración empírica. *1a ed.*

García Ramírez, S.; Navío Marco, A.; Valentín Morganizo, L. (2007). Normas básicas para la elaboración de los Registros de Enfermería. *Nure Investigación*, 2.

Giraudó, P. (2015). *Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el sector de terapia intensiva en el hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de salud, Córdoba.

González Navas, J. (2015). Balance Hídrico y Contextualización en el plan de cuidados Enfermero. *Ciber Revista* (41), 4.

González Navas, J. (2015). Balance Hídrico y Contextualización en el plan de cuidados Enfermero. *Ciber Revista* (41), 4.

Hernandez Rodriguez, J. Diaz Hernandez, M. Sánchez Garcia, J. (2014). *Enfermería en Terapia Intensiva*. (D. A. Enfermería, Ed.) Gran Canaria: BarcelBaires.

Hernández Sampieri; R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M.; Méndez Valencia, S.; Mendoza Torres, C. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México. D.F., México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

(1973). *Ley n° 6915, Jubilaciones y Pensiones del personal de la Provincia de Santa Fe*. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe.

Mejía Díaz, M. (2018). *Estrategias Educativas para mejorar la calidad de los Infomes de Enfermería mediante el modelo S.O.A.P.I.E., Servicio de Pediatría, del Hospital Divina Providencia*. Tesis de grado, Universidad Regional Autónoma de los Andes, UNIADES, Facultad de Ciencias Médicas, Tulcán.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, J. d. *Salud Pública, Conceptos Básicos y Generales*. Ministerio de Salud de La Provincia de Santa fe, Santa Fe.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013). *ABC de Dispositivos Médicos*. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA . Bogotá: Imprenta Nacional.

Morales Loayza, S. (2011). *Calidad de las notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos; Hospital Regional Moquegua*. Tesis, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; Facultad de Ciencias de la Salud.

Oviedo Zuñiga, R., Tapia Fuentes, V. (2018). *Características Sociodemográficas y calidad de atención de Enfermería en pacientes hospitalizados en el Hospital San Juan de Lurigancho*. Tesis de grado, Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Lima.

Quevedo Ríos, G. (2017). *Evaluación de la calidad de los registros de Enfermería en el área de Trauma Shock del servicio de Emergencia, Hospital Regional Lambayeque 2015*. Tesis de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.

R.A.E. (2020). En C. d. Calidad, *Diccionario de la lengua española* (Vol. 23.ª ed.). Madrid, España.

Reyes Segura, S., Parellada Blanco, J., Elena García Vega, M., Martínez Verzonis, N. (2015). Aplicación del sistema pronóstico TISS-28 en salas de atención al grave. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*, 14 (1), 53-66.

Rivera Álvarez, L.; Triana, A. (2007). *Cuidado humanizado de enfermería visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica Del Country*.

Rodríguez Fernández, S. (2015). *Satisfacción Laboral y Características Sociodemográficas, Labores del Profesional de Enfermería de los servicios de Hospitalización. Hospital "Eleazar Guzmán Barrón*. Tesis de grado, Universidad Nacional del Santa; Perú, Nuevo Chimbote.

Rodríguez, B.; Marina, L.; Ríos, V.; Yeraldin L.; Pabón Parra, M.; Moreno, J.; Fuentes Rodríguez, L.; Solano L.; Kenny Y.; Bonilla, J. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de Enfermería. *Revista Cuidarte*, 7 (1), 1195-1203.

S.A.T.I. (2015). *Normas de categorización de las Unidades de Cuidados Intensivos*. Sociedad Argentina de Terapias Intensivas, Buenos Aires.

Sanz Gómez, A., Iriarte Ramos, S., Gascón Catalán, A. (2016). Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. *Enfermería Global, Revista de enfermería electrónica* (43), 176-188.

Smeltzer, S. C., Brunner, L. S., Suddarth., & Bare, B. G. (1994). *Tratado de enfermería medicoquirúrgica* (7 ed., Vol. 1). México D.F.: MCGRAW HILL.

Vega, A., Velasco; S., Tría; M., Jerkovich, S., Müller, A., Frutos, G. (2020). *Recopilación Bibliográfica; Teorías y Tendencias; Licenciatura en Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas; Universidad Nacional de Rosario*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Virtual Impresiones.

Vega, Y. (2017). *Calidad de los registros de Enfermería en la Historia Clínica del servicio de Cirugía General del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno*. Tesis de grado, Universidad Nacional Del Altiplano; Facultad de Enfermería; Escuela Profesional de Enfermería, Puno.