



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROTOTIPO DE SISTEMA INFORMÁTICO DE ENFERMERIA PARA EL  
INGRESO DE USUARIO, COMO HERRAMIENTA DE GESTION DEL  
CUIDADO, CENTRO COSTO MEDICINA DE HOSPITAL PÚBLICO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERIA  
MENCION GESTION DEL CUIDADO**

**AUTORA: ROMINA PÉREZ MERINO  
GUIA DE TESIS: CECILIA LANDMAN NAVARRO**

**VALPARAISO – CHILE  
FEBRERO 2018**



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	5
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.2 Justificación del estudio.....	6
1.3 Pregunta investigativa.....	7
1.4 Objetivos.....	7
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL.....	8
2.1 La reforma de salud en Chile.....	8
2.2 Gestión del cuidado.....	10
2.3 Gestión por procesos.....	12
2.4 Registros de enfermería.....	14
2.5 Registros informáticos.....	17
2.6 Aspectos ético legales de los registros electrónicos.....	18
2.7 Proceso de enfermería.....	20
2.8 Lenguaje estandarizado.....	23
2.9 Taxonomía NANDA.....	25
CAPÍTULO III METODOLOGIA.....	27
3.1 Tipo de estudio.....	27
3.2 Propósito.....	27
3.3 Consideraciones éticas.....	28
3.4. Procedimiento.....	29
3.4 Limitaciones del prototipo genérico propuesto.....	41
CAPÍTULO IV PROTOTIPO REGISTRO DE INGRESO.....	42
4.1 Estructura del prototipo diseñado.....	42
4.2 Identificación del Usuario.....	44

4.3 Documentación.....	45
4.4 Antecedentes.....	45
4.5 Signos Vitales.....	46
4.6 Necesidades.....	46
4.7 Escalas de Valoración.....	47
4.8 Escala de Downton.....	47
4.9 Sugerencias de Diagnóstico Alterado.....	48
4.10 Factores Relacionados.....	48
4.11 Intervenciones.....	49
CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y PROYECCIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	539
Anexo N° 1: Ingreso de Enfermería.....	59
Anexo N° 2: Valoración de Riesgo de Caídas.....	61
Anexo N° 3: Valoración de riesgo de úlceras por presión.....	63
Anexo N° 4: Solicitud de documentos de ingreso de enfermería.....	65
Anexo N° 5: Consentimiento informado.....	67
Anexo N° 6: Solicitud para la aprobación por parte del comité de ética.....	70
Anexo N° 7: Acta de evaluación bioética.....	81
Anexo N° 8: Solicitud de autorización de realización de investigación y desarrollo de software ingreso de enfermería.....	83
Anexo N° 9: Instructivo de Técnica Delphi.....	87
Anexo N° 10: Instrumento para técnica delphi.....	90
Anexo N° 11: Análisis instrumentos ingreso de enfermería, parte A.....	98
Anexo N° 12: Análisis instrumentos ingreso de enfermería, parte B.....	100

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diseño del proyecto I&D .....	29
Figura 2. Fase I. Investigación .....	30
Figura 3. Fase II. Validación .....	32
Figura 4. Fase III Desarrollo.....	39
Figura 5. Fase IV. Prueba Piloto .....	40
Figura 6. Proceso de Enfermería y Prototipo .....	42
Figura 7. Identificación del Usuario .....	44
Figura 8. Documentación .....	45
Figura 9. Antecedentes .....	45
Figura 10. Signos Vitales .....	46
Figura 12. Escalas de Valoración .....	47
Figura 13. Escala Downton .....	47
Figura 14. Sugerencias de diagnósticos alterados .....	48
Figura 15. Factores Relacionados .....	48
Figura 16. Intervenciones .....	49

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Identificación del paciente..... 35

Tabla 2. Signos Vitales ..... 36

Tabla 3. Documentación ..... 37

Tabla 4. Antecedentes ..... 38

Tabla 5. Datos del prototipo ..... 43

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco principalmente a mis padres,  
ninguno de mis sueños habría sido posible sin ellos,  
a mi hijo Agustín que me motiva a ser la mejor  
y a mi tutora Cecilia por su permanente apoyo.*

## RESUMEN

Los registros de enfermería son valiosas herramientas para la gestión del cuidado, como evidencia escrita de la continuidad y calidad del cuidado, además como medio de comunicación y coordinación con el equipo de salud. En una auditoría realizada se pudo observar que estos eran incompletos, no identificaban al personal responsable, muchas veces ilegibles.

Frente al déficit en la calidad de registros de enfermería y reconociendo su valor como componente fundamental del Proceso de Enfermería, este estudio tuvo como propósito desarrollar un prototipo de sistema informático estandarizado para consignar datos del Proceso Ingreso de Enfermería y generar plan de cuidados, basados en taxonomía Nort American Nursing Diagnosis Association; en centro de costo de medicina, de hospital público, V región, Valparaíso, Chile.

Metodología utilizada Investigación y Desarrollo, a partir del análisis documental de ingreso del usuario y documentos utilizados en el hospital, se construyó un cuestionario basal para validación por expertos a través de técnica Delphi. Identificándose la pertinencia de los datos a consignar y determinar el diagnóstico enfermería prioritario que sería utilizado para la fase de desarrollo y confección del Software, siendo este el Riesgo de Caídas.

El software se evaluó en un ejercicio de ingreso real de usuarios, detectándose fortalezas y aspectos a mejorar para la propuesta final. Las enfermeras valoraron positivamente el software y refirieron que este permitió mejorar la calidad de los registros, abarcando aspectos fundamentales para implementar un plan de cuidados estandarizados.

Palabras claves: Registros Electrónicos de Salud- Control de Formularios y Registros -Administradores de Registros Médicos -Servicio de Registros Médicos en Hospital - Registros Médicos Orientados a Problemas- (Fuente: DeCs Bireme)

## ABSTRACT

Nursing records are valuable tools for managing care, as written evidence of the continuity and quality of care and as a means of communication and coordination with the health team. In an audit conducted it was observed that these were incomplete, did not identify the responsible personnel, often illegible.

Faced with the deficit in the quality of nursing records and recognizing their value as a fundamental component of the Nursing Process, this study aimed to develop a prototype of standardized computerized registration software to record data from the Nursing Income Process and generate a care plan, based on the North American Nursing Diagnosis Association taxonomy; in cost center of medicine, public hospital, V region, Valparaíso, Chile.

Methodology used Research and Development, based on the documentary analysis of user input and documents used in the hospital, a baseline questionnaire was constructed for validation by experts using the Delphi technique. Identifying the pertinence of the data to be recorded and determining the priority nursing diagnosis that would be used for the development and preparation phase of the Software, this being the Risk of Falls.

The software was evaluated in an exercise of real income of users, detecting strengths and aspects to improve for the final proposal. The nurses valued the software positively and stated that this allowed to improve the quality of the records, covering fundamental aspects to implement a standardized care plan.

Key words: Electronic Health Records- Forms and Records Control - Medical Record Administrators -Medical Records Department, Hospital -Medical Records, Problem-Oriented – (Source: DeCs Bireme)

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

Los registros de Enfermería son un tema álgido en la gestión del cuidado, se realizan de forma narrativa, son ambiguos y favorecen las redundancias y diversos matices. Al escribirlos de manera manuscrita, con frecuencia son ilegibles, se malinterpretan y pueden ser utilizados sólo por una persona a la vez. Estos antecedentes hacen que sea aún más difícil computarizarlos para recuperar la evolución y cuidados diarios de los usuarios o analizarlos para investigación y soporte en la toma de decisiones (1).

Es por estos motivos la propia institución, hospital Dr. Eduardo Pereira, en el año 2010 consideró pertinente realizar una auditoría del documento de ingreso, ya que este es el momento cuando el usuario deposita su confianza en la institución y ésta se hace responsable de velar por su salud. La auditoría permitió realizar una valoración inicial, evidenciando que sólo un 69% de los registros revisados fueron completos (2). Se destaca que el criterio utilizado en la auditoría, para considerar un registro como completo, fue si este incluía una línea o registro ilegible; por ende, el porcentaje de registros completos podría ser aún menor, dejando la puerta abierta para realizar una investigación más profunda y generar un plan de mejora, como lo es la creación de un software de ingreso.

Considerando los registros como un indicador de calidad, el hospital Dr. Eduardo Pereira establece como umbral de cumplimiento del documento de ingreso de usuario un 80% de registros completos. La auditoría concluyó que “La hoja de ingreso de enfermería, no recibe la importancia que tiene como base de dato al momento del ingreso del usuario, esto está demostrado por la escasez de datos registrados” (2).

Esto es coherente con otras realidades, por ejemplo la auditoría realizada a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario Público de Brasil, donde de acuerdo a los criterios establecidos, el 46% se encontraba completo, 43% incompleto, 10% no rellenado y 1% incorrecto; concluyendo que se requiere invertir en sensibilizar, capacitar y acompañar constantemente al equipo de salud, para lograr registros adecuados (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Estados Unidos, entre 1995 y 2006, la falta de comunicación durante el cambio de turno fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la Joint Commission, siendo la fuente más común de reclamos de los usuarios ante las agencias de seguros por mala praxis.

En Australia, de los 25.000 a 30.000 eventos adversos declarados, se concluye que todos son evitables y conducen a una discapacidad de los usuarios, un 11% por problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos (4).

Florence Nightingale, ya en su época identificaba la necesidad de disponer de registros de calidad como fuente valiosa para la toma de decisiones para la gestión en lo que se expresa en el siguiente texto (5):

“En un intento de llegar a la verdad, he solicitado información en todas partes, pero en raras ocasiones he podido obtener registros hospitalarios adecuados para hacer cualquier comparación. Esto demostraría a los suscriptores cómo se ha gastado su dinero, el bien que se ha hecho con él. Además, nos permitiría a nosotras determinar la influencia del hospital sobre el curso de las operaciones y enfermedades que pasan por sus salas; y la verdad así averiguada nos permitiría salvar vidas y ahorrar sufrimiento, y mejorar la gestión de los enfermos”.

Teniendo en cuenta estos antecedentes y con el propósito de mejorar la productividad de la organización, en este estudio se utiliza la Gestión por Procesos, es decir, “producir más y mejor, con menos recursos”, en busca del aprovechamiento integral del recurso más escaso de todos, el tiempo de cada una de las personas que integran la organización.

Diversos estudios confirman el argumento de la existencia de registros de mala calidad por falta de tiempo para realizarlos, falta de capacitación, desconocimiento, falta de interés, entre otros (6-8); lo que lleva a pensar que es un punto crítico dentro de la disciplina y que requiere ser solucionado para mejorar la visibilidad de los cuidados.

En búsqueda de una solución al problema planteado se realiza un estudio de Investigación y Desarrollo (I&D), que se inicia con la obtención de los datos más relevantes para un ingreso de calidad. La información necesaria se obtiene a través de la participación del equipo de enfermería perteneciente al centro de costo de Medicina, a quienes se les consulta, en calidad de expertos, a través de técnica Delphi, como una herramienta que busca acercarse al consenso del grupo, en base al análisis y la reflexión de un problema definido, del cual ellos tienen experiencia y conocimiento (9).

Posteriormente, se establece colaborativamente un plan de cuidados estándar para el diagnóstico según el formato de la taxonomía Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se selecciona el “Riesgo de caídas” como prioritario para los usuarios que ingresan al centro de costo Medicina del hospital Dr. Eduardo Pereira, finalmente esta información se plasma en un registro en un sistema informático, a través del diseño de un prototipo de software de ingreso de usuarios.

El principal objetivo del estudio, es estandarizar los registros de enfermería para objetivar los datos más relevantes al ingreso del usuario, que permitan identificar el diagnóstico de enfermería prioritario basado en taxonomía NANDA y establecer un plan de cuidados estandarizado, con respecto al diagnóstico de enfermería identificado. A partir de esta información, desarrollar un sistema informático.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES DEL

### ESTUDIO

## CAPÍTULO I ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

### 1.1 Planteamiento del problema

La calidad deficiente de los registros de Enfermería es una situación que se observa a nivel mundial y que ha sido plenamente identificado en diferentes estudios (6, 7, 10-12), existiendo evidencia que los registros informatizados son una opción que mejora la calidad de los mismos (1, 3, 8, 13,14).

El hospital Dr. Eduardo Pereira, en el año 2010, en el marco del proceso de evaluación con miras a la acreditación de la gestión, realiza una auditoría del documento de ingreso de usuario al centro de costo Medicina. En este proceso se identificó que sólo un 69% de los registros se consideraron completos, considerando que el estándar de cumplimiento establecido fue del 80%.

De esta forma toma gran importancia el rol de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado, teniendo como función principal del registro, consignar las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes y las delegadas de responsabilidad del profesional de enfermería. Reconociendo el valor que estos tienen como fuente de evaluación de la práctica, permitir realizar investigaciones y principalmente identificar la carga laboral y prever los recursos necesarios para una atención segura y de calidad (8).

## 1.2 Justificación del estudio

El Hospital Dr. Eduardo Pereira se encuentra en proceso de Acreditación, por lo cual es de suma importancia la realización de cambios que mejoren la calidad de los registros de ingreso de los usuarios, como indicador de calidad de la atención de Enfermería, siendo un aporte sustancial a las Unidades de Gestión del Cuidado.

La metodología utilizada en este proyecto es de Investigación & Desarrollo, cuya orientación es hacia la aplicación práctica de la innovación para facilitar la gestión en una unidad de servicio determinada.

Se trabaja en conjunto con el equipo de enfermería y el equipo informático del Hospital, haciendo uso de técnica Delphi en consulta a enfermeras expertas determinando los ítems requeridos en el software.

La relevancia del estudio está fundamentada en el aporte de una herramienta para optimizar la gestión del cuidado en el centro de costo de medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira. Estudios indican que la existencia de sistemas informáticos ha permitido mejorar el promedio del tiempo de registro utilizado por el equipo de enfermería, lo cual ha sido inversamente proporcional con el tiempo destinado a la atención de las personas. Concluyéndose que los registros de enfermería mejoraron notablemente al hacerlos de forma digital, siendo un aporte para la profesión y el cuidado de los usuarios (11,15).

Al ser un prototipo de software se ha contemplado sólo el diagnóstico NANDA prioritario de Riesgo de Caídas para la realización del ingreso y plan de cuidados de enfermería, estableciendo la etiqueta diagnóstica y las intervenciones del plan de cuidados.

La ventaja competitiva del sistema informático de enfermería como herramienta facilitadora para la gestión del cuidado en el centro de costo medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira, radica en el trabajo colaborativo por partes de los expertos y los futuros usuarios del producto, lo que brinda un valor agregado frente a otros sistemas informáticos ya existentes; otorgando una característica individual que considera las necesidades propias identificadas por el equipo participante del proceso.

### 1.3 Pregunta investigativa

¿Facilitan la gestión del cuidado, el hecho de disponer de registros informáticos estandarizados al ingreso del usuario?

### 1.4 Objetivos

#### 1.4.1 Objetivo General

Estandarizar los registros con sistema informático de enfermería al ingreso del usuario en el centro de costo Medicina.

#### 1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los datos más relevantes en el ingreso de Enfermería al centro de costo Medicina.
- Establecer un plan de cuidados estandarizado con respecto al diagnóstico de enfermería prioritario del centro de costo Medicina.
- Desarrollar un prototipo de sistema informático estandarizado para el ingreso de Enfermería del usuario al centro de costo Medicina.
- Aplicar piloto de sistema informático estandarizado para el ingreso de Enfermería del usuario al centro de costo Medicina.

# CAPÍTULO II

## MARCO REFERENCIAL

## CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL

### 2.1 La reforma de salud en Chile

La reforma de salud en Chile, establece altas exigencias para lograr mejoras en la salud de los chilenos; busca garantizar la igualdad de derechos e implementar políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales (16), lo que conlleva a buscar oportunidades de mejora a través de evidencias, siendo de vital importancia los registros de calidad (8, 13)

Estas políticas se han implementado de manera gradual, realizando importantes cambios a nivel de la organización de las entidades de salud; siendo uno de ellos la creación e implementación de los establecimientos auto-gestionados en red, que son aquellos establecimientos dependientes de los servicios de salud con la mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Estos pilares son factibles de evaluar a través de registros de calidad y así contribuir para lograr la acreditación de las instituciones (17).

Estos cambios tienen como objetivo final brindar una atención de calidad, entendida como el grado en que los servicios de cuidados a un usuario aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados. Se debe considerar que los usuarios de los servicios de salud reciben calidad técnica que es la asistencia oportuna, eficaz y segura, con calidad percibida, es decir, en condiciones materiales y éticas adecuadas, permitiendo vislumbrar que la evidencia de servicio entregado a los usuarios, debe tener la capacidad de demostrar los cuidados entregados por el profesional de enfermería (13).

Estos desafíos generan importantes cambios en el hospital Dr. Eduardo Pereira para ser un establecimiento auto-gestionado y entregar atención segura y de calidad a sus usuarios, estableciendo un desafío para todos sus funcionarios, ya que se debe acreditar el cumplimiento de todos los estándares de calidad señalados para funcionar como tal y que se ven reflejados a través de los indicadores de calidad, los que deben ser válidos, fiables, útiles y apropiados para los fines de la monitorización, es decir, para detectar problemas de seguridad del usuario y controlar su resolución y el mantenimiento de la mejora (18).

Estos cambios y desafíos constantes no son ajenos a los profesionales de Enfermería, ya que forman parte importante de la dotación de los establecimientos de salud auto-gestionados, cumpliendo una labor de vital importancia dentro del equipo de salud, que ha sido establecida en el Artículo 113 del Código Sanitario:

“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (19).

El indicador de calidad fundamental para monitorizar la gestión del cuidado son los registros de enfermería, ya que son el único fundamento documentado de la asistencia al usuario.

## 2.2 Gestión del cuidado

Considerando la importancia de los registros en la gestión del cuidado, cabe señalar que Susan K rouac lo define como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (20).

Para lograr realizar esta movilización de recursos humanos y del entorno se requiere evidencia científica y utilización de registros que plasmen la calidad de éstos. Por estos motivos la gestión del cuidado busca (13):

- Garantizar que servicios y técnicas de enfermería est n respaldados por la investigación y experiencia, es decir, enfermería basada en evidencia.
- Conseguir que los servicios y procedimientos que se brindan a los usuarios sean los que generen el máximo beneficio para el usuario y la comunidad.
- Asegurar que los cuidados que se presten sean de calidad y eficientes
- Mejorar la definición de las competencias del profesional de Enfermería y de la disciplina, haciendo con ello más visible la gestión del cuidado.
- Estructurar una auténtica articulación de los cuidados de enfermería entre los diferentes niveles de atención de acuerdo a la complejidad.
- Desarrollar planes de educación continua acordes al perfil epidemiológico y a la real necesidad de perfeccionamiento, para la implementación de nuevos modelos de cuidados de enfermería.
- Racionalizar los recursos financieros destinados a capacitación y perfeccionamiento, asegurando además que el educando adquiriera un compromiso moral con la organización, desarrollando aspectos concretos relacionados, por una parte, con una carrera funcionaria, por otra parte, con las necesidades de salud de las personas.

- Optimizar la contribución de la Enfermería a aspectos relacionados con diagnóstico de situación y propuesta de estrategias tendientes a solucionar dificultades en la fluidez de la red asistencial, calificación de los insumos de mejor rendimientos y eficacia, identificación de vacíos de productividad, liberación de poblaciones cautivas innecesariamente en niveles de alta complejidad y control de sobreconsumo, entre otros aspectos.
- Reconocer la existencia de una estructura orgánico-funcional que define los lineamientos políticos, técnicos, gerenciales y de otro orden de la atención de enfermería, facilitará, sin duda, el tránsito de información sólida y depurada, necesaria para la gestión directiva superior de la organización.

Para lograr todos los objetivos de la gestión del cuidado se requiere que los registros sean de calidad y así lograr que cumpla con todas sus funciones, las cuales son (13, 21):

- **Responsabilidad Legal:** Los registros son el documento testimonial ante la autoridad, siendo un documento legal de los cuidados brindados al usuario
- **Responsabilidad Moral:** Por respeto a los derechos de los usuarios y a la contribución del desarrollo de la enfermería y su responsabilidad profesional.
- **Asistencial:** Es indispensable para lograr la continuidad de los cuidados brindados al usuario, siendo además un pilar de la calidad de éstos.
- **Investigación:** Toda la información que ha sido registrada permite realizar investigaciones posteriores, que darán el sustento al análisis estadístico como evidencia científica de los cuidados brindados al usuario y que permitirá la realización de mejoras continuas.

- **Gestión:** El desarrollo de los registros permiten a los gestores determinar las cargas de trabajo, necesidades derivadas de estas y la posterior adecuación de los recursos asistenciales.
- **Formación y Docencia:** Son un sustento importante de la información recabada por los alumnos de las distintas profesiones que se relacionan con la atención a los usuarios.

Considerando los objetivos y funciones de los registros con respecto a la gestión del cuidado, es que la confección del prototipo debe establecer los elementos necesarios para generar registros de calidad.

### 2.3 Gestión por procesos

De acuerdo a todo lo anterior y si consideramos que gestión viene de “gestar” o “dar a luz” es mucho más amplio que administrar u operar, es una labor sistémica, creativa, reflexiva y cuestionadora que ve los procesos como medio para cumplir el propósito de la organización y los organiza como sea más conveniente para lograr ese objetivo; por este motivo se requiere que los procesos sean de calidad y brinden seguridad en la atención al usuario, lo cual es factible de plasmar a través de un plan de cuidados estandarizado (22).

Un proceso es cómo hacemos las cosas y dentro de éstos, está cómo atendemos al usuario al ingreso, estableciendo intervenciones para cumplir el objetivo de la organización y mejorar la eficiencia, atención al cliente, calidad, productividad y muchos otros; pero principalmente logrando la satisfacción del usuario, con atención de calidad (22).

La gestión por procesos no tiene una finalidad por sí misma, es un medio para lograr las metas organizacionales, que en este caso incluyen la satisfacción de los usuarios; es una forma sistémica de identificar, comprender y aumentar el valor agregado de los procesos de la organización para cumplir con la estrategia y elevar el nivel de satisfacción de los usuarios (22).

Facilita la orientación a los usuarios, mejora la eficacia y la eficiencia de las actividades, ayuda a estructurar las actividades de la organización, permite optimizar el seguimiento y el control de los resultados obtenidos, facilita la planificación, permite establecer objetivos para el mejoramiento continuo y su consecución (23).

Lo anterior, brinda una mayor importancia a los registros, ya que permite objetivar el valor agregado del proceso a través de información sistemática y completa, capaz de poder analizar para futuras mejoras.

El hospital Dr. Eduardo Pereira tiene un número importante de procesos que deben gestionarse de la mejor manera para el logro de sus objetivos, uno de ellos es el ingreso; siendo de vital importancia para el usuario como para la organización, ya que es el momento crucial en que el hospital se hace responsable de la atención y del cuidado de la persona enferma que ingresa, poniendo a su disposición todos sus recursos posibles para la satisfacción de sus necesidades, instancia que queda plasmada a través de los registros realizados por los diferentes participantes del proceso, estos registros permiten documentar el proceso, con datos fidedignos o susceptibles de ser empleados como tales para probar algo, lo cual permitirá realizar un análisis del proceso y posterior planteamiento de mejoras (24).

## 2.4 Registros de enfermería

Uno de los participantes del proceso de ingreso de usuario son los profesionales de enfermería plasmando su actuar, a través de los registros de enfermería, que son definidos como testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda reconocida la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia al usuario, su diagnóstico, tratamiento y evolución (8). Son documentos que incluyen la información y su medio de soporte como papel, digital u otros y que presentan resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas (25).

La calidad de la atención está ligada con la calidad de los registros, siendo considerada una herramienta clínica de valor ético y legal, para recoger los datos que permitan atención de calidad, ya que la enfermera no es un ente aislado, sino parte de un equipo de trabajo que requiere de información clara para brindar coordinación y continuidad a los cuidados (14, 26).

Reafirmando lo anterior, Florence Nightingale afirmaba:

Sin una observación clara y precisa los enfermeros son inútiles, a pesar de lo dedicados que sean”; esto permite afirmar que, si el profesional de enfermería no refleja en sus registros clínicos la valoración de los acontecimientos del usuario, las actividades planificadas para resolver los problemas de su competencia y poner de manifiesto las actividades realizadas, todos los esfuerzos de enfermería por ayudarlo son inútiles (13).

Estos registros son un importante indicador de calidad del proceso en cuestión; son el medio de comunicación entre el equipo multidisciplinario y que permite la oportunidad del equipo de enfermería de asumir un cuidado continuo, seguro y de calidad (3, 10, 14, 26).

Para la realización del ingreso de enfermería existen documentos específicos que permiten dejar un registro de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería; siendo importante considerar que actualmente los datos de enfermería son cada vez más relevantes para mejorar la seguridad del usuario y la gestión de los cuidados de forma eficaz y costo eficiente, ya que las enfermeras forman parte de la solución para lograr una mejor salud para todos, siendo eficaces con los costos y en los cuidados (27, 28).

En el Hospital Dr. Eduardo Pereira R., el profesional de enfermería hace uso de los siguientes documentos para registrar el proceso de ingreso:

- **Ingreso de enfermería:** Documento estandarizado por el hospital para registrar temporalidad del ingreso, identificación del usuario, control de signos vitales, documentación que trae de su traslado, antecedentes mórbidos, condiciones generales, medicamentos, evaluación y responsable del ingreso (Anexo N° 1).
- **Valoración de riesgo de caídas:** Documento estandarizado por el hospital para documentar la identificación del usuario, valoración del riesgo a través de escala de Downton, diagnóstico de riesgo y cuidados acordes al riesgo del usuario (Anexo N° 2).
- **Valoración de riesgo de úlceras por presión:** Documento estandarizado por el hospital para documentar la identificación del usuario, úlceras por presión presentes al ingreso, valoración del riesgo a través de escala de Braden-Bergstrom (Anexo N° 3).
- **Hoja diaria:** Documento estandarizado por el hospital para documentar la identificación del usuario, ubicación dentro del hospital (sala/cama/servicio), diagnóstico médico, indicaciones médicas, controles de signos vitales, días de hospitalización, control de invasivos, balance de ingresos y egresos, plan de hidratación, plan de cuidados de enfermería y responsable.

- **Hoja de evolución:** Documento estandarizado por el hospital para documentar la identificación del usuario, ubicación dentro del hospital y registro narrativo de todos los procedimientos, servicios, evoluciones y cualquier otra información importante para la continuidad de los cuidados del usuario

Todos estos documentos son de vital importancia para la gestión del cuidado por parte del profesional de enfermería, por estos motivos se requiere que sea de calidad y para esto debe cumplir con ciertas características, tales como (29, 30):

- **Completo:** Se encuentran presentes todos los datos que se han establecido, no considerándose pertinentes otras simbologías que no sean las respectivas según el protocolo de registro del documento.
- **Legible:** Las palabras tienen las características necesarias para poder ser leídas sin dificultad.
- **Objetivos:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales
- **Simultáneos:** Deben realizarse de forma simultánea a la asistencia.

Por todos estos motivos que brindan importancia a los registros de enfermería dentro de los procesos de atención al usuario, es que se considera como un punto a intervenir dentro del proceso de ingreso del usuario, específicamente a la labor que realizan los profesionales en la realización de la actividad de Ingreso de Enfermería.

Una solución a esta problemática, es la incorporación de Tecnologías Informáticas y de Comunicación (Tics), que originan los registros digitales, definidos como la representación de datos e información, y en algunos casos de conocimientos específicos, en el medio computacional (13).

## 2.5 Registros informáticos

Los registros informáticos, al igual que los manuscritos, incorporan la información clínica de la persona, que corresponde a todos los datos, cualquiera sea su forma, clase o tipo, que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre la salud de la persona, o la forma de preservarla, mejorarla o recuperarla (13).

Lo importante es lograr registrar la información que anteriormente era considerada en los registros manuscritos, pero facilitando su implementación y uso, a través de registros estandarizados que entreguen herramientas de calidad para la gestión del cuidado.

Los registros informáticos son una buena alternativa, pero tienen tanto ventajas como desventajas que son importantes tener en consideración para seleccionar las mejores opciones (13).

### 2.5.1. Ventajas:

- Notas perfectamente legibles
- Después del periodo de aprendizaje, el uso del computador requiere mucho menos tiempo que los sistemas manuales.
- Las notas de enfermería se pueden imprimir al final del turno y ser utilizadas en el informe del cambio de turno
- El registro del usuario por computador puede ser utilizado por varias personas al mismo tiempo.

### 2.5.2. Desventajas:

- La impresión frecuente de notas e informes puede dar lugar a gruesos registros médicos y acumular más papel en lugar de economizar.
- Exige una gran inversión de tiempo y dinero. Tanto el material del software como el de hardware son caros, al igual que el tiempo para capacitar al profesional.

- Mantener la confidencialidad de la información puede resultar más difícil, aunque se puede limitar el acceso a los registros mediante palabras claves.

Lo más importante es evitar reducir la enfermería a una lista automatizada de cuidados estandarizadas, por lo contrario, puede ahorrar tiempo y mejorar la documentación, de esta manera una oportunidad para revisar y mejorar la práctica clínica (31).

## 2.6 Aspectos ético legales de los registros informáticos

Además con el avance de las Tics, se ha generado una rama de la ética, conocida como la ética informática y que establece siete principios para los registros informáticos (13):

- **Principio de privacidad y disposición de la información:** Consiste en el derecho de todas las personas a su privacidad y, por ende, a ser informadas y ejercer el derecho de autorizar la recolección, almacenamiento, acceso, uso, comunicación, manipulación y disposición de la información sobre sí mismas.
- **Principio de transparencia:** La recolección, almacenamiento, acceso, uso, comunicación, manipulación y disposición de información de la persona debe ser revelado en tiempo y forma apropiada al sujeto de esos datos.
- **Principio de seguridad:** Derecho a que la información que se ha recolectado legítimamente sobre la persona, sea protegida mediante todas las formas disponibles, razonables y apropiadas para evitar pérdidas, degradación, destrucción, acceso, uso, manipulación, modificación o difusión no autorizada.

- **Principio de acceso:** La persona tiene derecho de acceder al registro informático y exigir la exactitud del mismo con relación a su precisión, integridad y relevancia.
- **Principio de resguardo legítimo:** Derecho sobre el control de la recolección, almacenamiento, acceso, uso, manipulación, comunicación y disposición de la información personal; condicionado sólo por las necesidades legítimas, apropiadas y relevantes de información en una sociedad libre, responsable y democrática.
- **Principio de la alternativa menos invasora:** Cualquier acción legítima que deba interferir con los derechos del individuo a su privacidad o al control sobre la información relativa a ésta, deberá sólo ser efectuada de la forma menos invasora posible, de manera que garantice el mínimo de interferencia a los derechos de las personas afectadas.
- **Principio de responsabilidad:** Cualquier interferencia con los derechos de privacidad de un individuo o del derecho de tener control sobre la información relativa a su persona, debe ser justificada a tiempo y de manera apropiada ante la persona afectada.

Teniendo en cuenta lo anterior respecto a los registros de enfermería, se devela su gran importancia para la profesión, mejorando la calidad de los registros y de esta manera lograr visibilizar la atención de enfermería, aplicando herramientas de evaluación de indicadores para la estimación del personal necesario en las instituciones de salud de la OPS (WISN), donde una importante limitante es el registro deficiente (32).

## 2.7 Proceso de enfermería

Los registros de enfermería brindan un importante sustento al proceso de enfermería, el cual corresponde a una estrategia ordenada y lógica para la resolución de problemas, teniendo como objetivo suministrar los cuidados de enfermería, de tal manera que las necesidades de atención del usuario sea satisfecha por completo y de manera efectiva (33), además proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud (34).

El proceso de enfermería es el método científico que permite aplicar todo el marco teórico y filosófico de enfermería a la ayuda profesional, ya que es un servicio humano en que la práctica no sólo incluye aspectos tecnológicos, sino también morales, puesto que las decisiones que se toman tienen efectos sobre la vida, la salud y el bienestar de las personas (13).

Aplicar el proceso de enfermería, busca ayudar a las personas sanas o enfermas que necesitan del cuidado de un profesional de enfermería, estableciendo una interacción entre dos o más personas, conllevando implicancias emocionales, intelectuales y actitudinales, estableciendo compromisos, acuerdos e interés por un objetivo común (13).

Al aplicar el proceso de enfermería se fomenta el actuar independiente, el desarrollo de la autonomía y esclarecer el campo profesional de enfermería. Esta aplicación permite contar con un método de registro que permita una comunicación rápida, organizada, sistemática y eficiente (13).

El proceso de enfermería se caracteriza por seis propiedades (13):

- **Resuelto:** Dirigido a un objetivo, proporcionar cuidados de calidad centrados en el usuario.
- **Sistemático:** Uso de enfoque organizado para lograr el propósito.
- **Dinámico:** Sometido a continuos cambios, ya que se enfoca en las respuestas cambiantes del usuario.
- **Interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se dan entre el profesional de enfermería, el usuario, la familia y el equipo de salud.
- **Flexible:** Se puede adaptar a la práctica de enfermería de cualquier situación o área de especialidad, además sus fases se pueden usar de forma sucesiva y concurrente
- **Base teórica:** Amplia base de conocimientos, incluyendo las ciencias humanas, capaz de aplicarse a cualquier modelo teórico de enfermería.

El proceso de enfermería consta de un ciclo de cinco pasos; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que conducen al logro de un objetivo. La forma en que se describen los pasos podría sugerir que este es un proceso lineal, sin embargo, siempre es necesario repetir la valoración del usuario para verificar si hay cambios en el problema de salud original o aparición de nuevos problemas. Por otra parte, la enfermera/ o puede implementar el plan de cuidados y en función de la respuesta del cliente, modificar el tipo de intervención (35).

El registro del proceso de enfermería es de vital importancia para el hospital, los usuarios y la disciplina de Enfermería, incluso si consideramos que las intervenciones enfermeras y los costos de las mismas son una fuente importante de gastos, todavía hay escasos análisis cuantitativos sobre la contribución de las enfermeras a resultados globales del usuario (31).

Al analizar el proceso de enfermería, se obtienen como resultado múltiples beneficios para el usuario, la profesión, el profesional de enfermería, el equipo de salud y todos los participantes del proceso salud-enfermedad; entre algunos de los beneficios se encuentra (13):

- Ahorro de tiempo y energía por parte del equipo de enfermería, evitando la duplicidad u omisión de los cuidados; al ser entregados de forma sistémica y ordenada.
- Facilita la coordinación del equipo de enfermería y la oportunidad de resolver exitosamente los problemas de salud.
- Facilitan el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia y duración de los ingresos hospitalario.
- Facilita la adaptación de las intervenciones al individuo y no a la enfermedad.
- Permite un enfoque holístico y sin perder de vista la importancia del factor humano.
- Promueve la flexibilidad, creatividad y pensamiento independiente; pues el enfermero innova para solucionar los problemas encontrados.
- Estimula el desarrollo de habilidades cognitivas y técnicas.
- Facilita la comunicación y la continuidad del cuidado, el trabajo en equipo y la atención eficiente y eficaz, optimizando la calidad de la atención brindada.
- Estimula la participación activa del usuario y su familia en los cuidados.
- Muestra de manera concreta el campo de actuación de la profesión de enfermería, permitiendo incluso diferencias el proceso médico del proceso de enfermería.

## 2.8 Lenguaje estandarizado

El proceso de enfermería se puede fundamentar a través del uso de lenguaje enfermero estandarizados en los sistemas de información clínica, donde puede proporcionar a las enfermeras y a otros integrantes del equipo de salud la información que demuestra la contribución de los cuidados (36).

Las terminologías son importantes porque permiten una organización inequívoca de datos e información, habilitan la digitalización de información de la salud con el propósito de automatizar los datos e información que procesan para adquirir el conocimiento, normalizan una nomenclatura y facilitan la comprensión, amplían el conocimiento, ayudan a la enseñanza de la toma de decisiones en estudiante, facilitan el desarrollo de sistemas de información de los cuidados sanitarios y permiten mantener un sistema informatizado con estructura y organización; y por último, benefician al usuario por la continuidad de los cuidados (15).

Para cuantificar la información obtenida de los registros y de esta forma evaluar efectivamente el valor de las enfermeras, se debe incluir un registro estandarizado, de modo que los datos sean sistemáticamente recogidos y analizados (37).

Dentro de las taxonomías más utilizadas para el apoyo del proceso de enfermería, se encuentran las siguientes:

- **Taxonomía NANDA-I**, relacionado con el diagnóstico enfermero, definido como un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras que pretenden conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable (31).

- **Taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC)**, relacionada con los criterios de resultado, definidos como un estado, una conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera (38).
- **Taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC)**, relacionada con las intervenciones, que corresponde a todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados. (39).

Las relaciones entre estas clasificaciones facilitan el uso de los lenguajes en la práctica, la educación y la investigación y se pueden usar en conjunto o por separado.

Es importante considerar que el uso de taxonomías y planes de cuidado estandarizados, no significan entregar cuidados preestablecidos a las necesidades específicas de cada usuario y su contexto; muy por el contrario, ya que facilita la elaboración de un plan de cuidados individualizado para cada usuario, pudiendo dedicar más tiempo en una valoración inicial exhaustiva (31).

Además, el uso de este lenguaje estandarizado a través de las diferentes taxonomías, permite el uso de una semántica para los profesionales de enfermería y el equipo de salud, favoreciendo el desarrollo de sistemas informáticos de registro informático del usuario; esto permitirá tener información clara y estandarizada al momento de generar políticas organizativas y públicas respecto a la atención sanitaria.

Para la confección del prototipo se considera la taxonomía NANDA al establecer diagnóstico prioritario y posteriormente NOC generando plan de cuidados, de esta forma se estandariza la información para facilitar la gestión del cuidado.

## 2.9 Taxonomía NANDA

A través del uso de NANDA en los diagnósticos enfermeros, se puede establecer claramente el rol profesional y facilitar el proceso de investigación, ya que se cuenta con datos comunes a través del lenguaje estandarizado, que incluso es comprensible para otros profesionales de la salud (31).

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (31).

Para poder realizar diagnósticos de enfermería que sean acordes a las necesidades de los usuarios, es de vital importancia realizar una valoración exhaustiva, ya que es la primera etapa del proceso de enfermería y permitirá identificar con claridad las características del usuario, su familia y su comunidad (13).

Habiendo realizado la valoración del usuario y su sistema, se pueden identificar los diagnósticos enfermeros que son definidos como un “juicio clínico sobre respuestas humanas que proporcionan la base para seleccionar las intervenciones para conseguir los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable” (31).

Los diagnósticos de enfermería son focos clínicos de la ciencia de enfermería que otorgan la posibilidad de intervenir en los usuarios mediante el manejo científico de sus respuestas físicas y emocionales, individuales o grupales (31).

Algunas de las ventajas de usar los diagnósticos de enfermería son (31):

- Identificar los problemas de los usuarios y priorizarlos.
- Centrarse en los problemas de enfermería y no en los biomédicos, logrando una visión holística del usuario.
- Ofrecer cuidados de calidad, humanizados y personalizados.
- Unificar el lenguaje con todos los profesionales de enfermería a nivel nacional e internacional.
- Validar la aplicación del método científico.
- Acentuar la importancia del rol del profesional de enfermería como integrante del equipo multidisciplinario y frente a la sociedad.

Los sistemas informáticos que incluyen la funcionalidad de los diagnósticos enfermeros permiten a los profesionales de enfermería planificar los cuidados haciendo uso de la enfermería basada en la evidencia por este motivo es que se considera esta taxonomía en el prototipo (31).

# CAPÍTULO III

## METODOLOGÍA

## CAPÍTULO III METODOLOGIA

Este proyecto se enmarcó en el área de la gestión en enfermería, en el proceso de ingreso de los usuarios al Hospital, considerando los registros de enfermería informatizados y estandarizados como una manera de objetivar la calidad de los mismos, en cuanto a disponer de información cualitativa y cuantitativa respecto a las condiciones del paciente y a los cuidados brindados en un marco de calidad y seguridad para las personas.

### 3.1 Tipo de estudio

La metodología utilizada para el proyecto fue de Investigación & Desarrollo (I&D), la que permite el desarrollo de aplicaciones técnicas o herramientas útiles para mejorar una situación en un contexto determinado. Se requirió la realización de actividades sistemáticas de trabajo de campo para establecer el diagnóstico situacional. A partir de dicho diagnóstico se construye el desarrollo de nuevo conocimiento aplicado.

La metodología I&D como un trabajo sistemático que utiliza el conocimiento obtenido a partir de la investigación aplicada y de la experiencia práctica dirigidos a la producción de nuevos materiales, productos, procesos, sistemas y servicios o a la mejora sustancial, de aquellos ya producidos, ofrecidos o instalados (40).

### 3.2 Propósito

El proyecto pretende que la propuesta de desarrollo presentada sea de utilidad para facilitar la gestión del cuidado, a través de registros estandarizados, desde una perspectiva técnica, administrativa y legal, evidencien la intervención de enfermería, en el centro de costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira,

a fin de contribuir al diseño de un plan de mejoras, a la vez fomentar el desarrollo de la profesión de enfermería, en las áreas de aplicación de la tecnología.

### 3.3 Consideraciones éticas

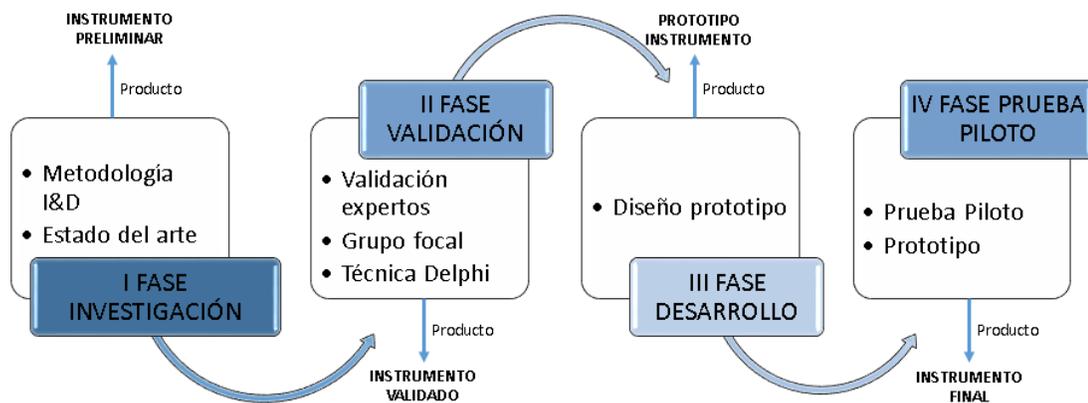
De manera preliminar, se elevó una solicitud para realizar el estudio al Director del hospital (Anexo N°4), Dr. José Miguel Verschaure Soto, quien accedió positivamente a su realización y además disponer del acceso a los formatos de documentos de ingreso institucionales (Anexo N°5).

El proyecto contó con la solicitud de aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso (Anexo N° 6). Se entregó la información necesaria para el análisis por parte de los expertos del comité, quienes generaron el acta de evaluación bioética N° 5/2014 (Anexo N° 7).

Los profesionales de enfermería, en calidad de informantes claves firmaron un Consentimiento Informado, previamente se les explicó el alcance del estudio, objetivos y el carácter de su participación (Anexo N° 8).

### 3.4. Procedimiento

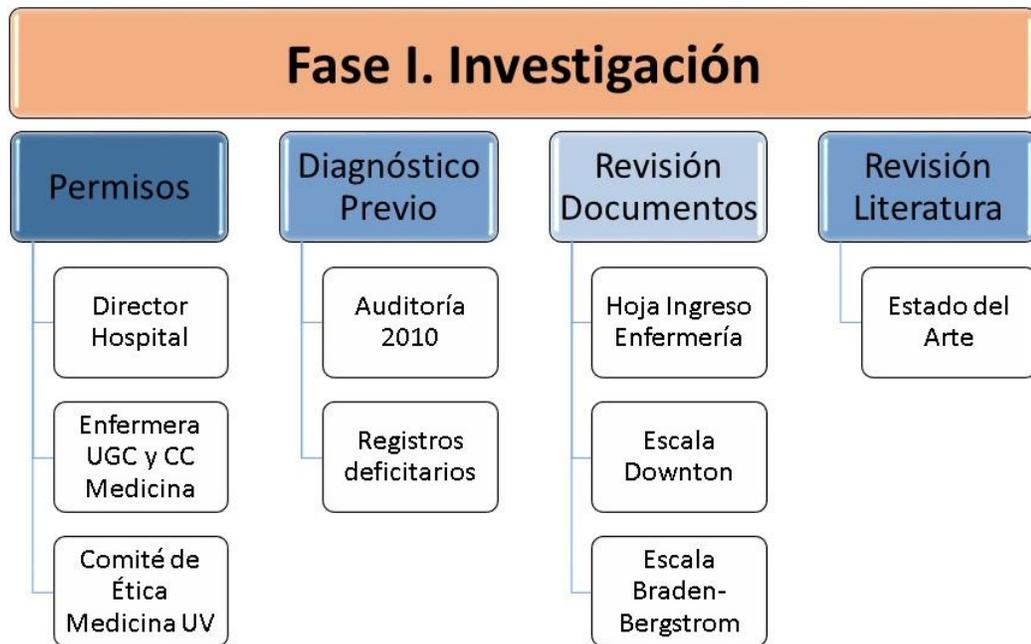
El proyecto consideró cuatro fases fundamentales, la primera correspondió a la revisión de literatura respecto a dos áreas fundamentales, la metodología de I&D y el estado del arte de los registros de enfermería en general y la otra al carácter de informatización de los mismos. La segunda, la validación del instrumento preliminar propuesto por la tesista, a través de la metodología de grupo focal y posteriormente se utilizó la técnica Delphi para la validación por expertos. La tercera fase de desarrollo, para el diseño del prototipo de instrumento el cual fue probado en un piloto de aplicación, en la fase cuatro; tal como se observa en la siguiente figura.



**Figura 1. Diseño del proyecto I&D**  
(Fuente: Autora de Tesis)

### 3.4.1 Fase I Investigación

La Fase de Investigación tuvo como objetivo la identificación del problema y su definición desde la perspectiva de los involucrados, brindándole el soporte teórico para confeccionar el prototipo, estableciendo las siguientes actividades:



**Figura 2. Fase I. Investigación**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

- **Permisos previos:** Se estableció relación con enfermera encargada de unidad de gestión del cuidado y enfermera supervisora del centro de costo Medicina analizando dificultad presentada en los registros de Ingreso de Usuario, detectada en auditoría previa, en la cual la tesista fue partícipe; consideraron que el proyecto es viable de realizar y una excelente herramienta de mejora para los registros; posterior a esto se envió carta de solicitud de autorización a Director del Hospital. Dr. Verschaure y autorización para revisión de documentos de Ingreso de Enfermería, el cual apoyó el proyecto y sugirió trabajar con apoyo de

informático del hospital. Luego de autorizado el proyecto por parte del hospital se realizó solicitud de realización al comité de ética de Facultad de Medicina, el cual autorizó el proyecto.

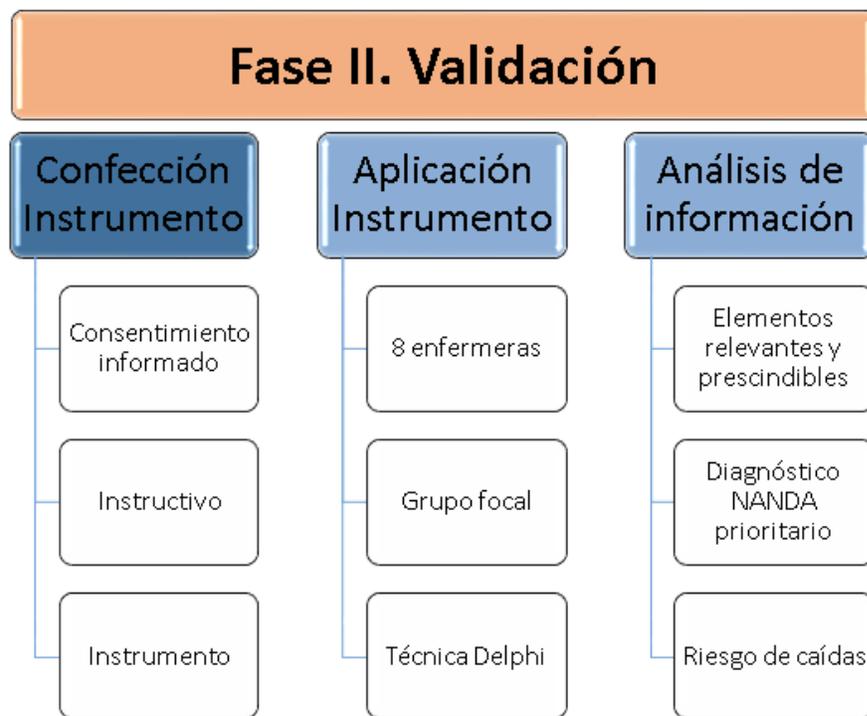
- **Diagnóstico preliminar:** Se analizó estudio anterior de auditoría realizado por la Institución en 2010 y que evidenció grandes déficits en cuanto a la calidad de los registros de ingreso al usuario, donde destaca que sólo un 60% de los registros están completos (2) y el umbral de cumplimiento mínimo es de 80%, a lo que además cabe destacar que se consideraba registrado, aunque fuese imposible de leer.
- **Revisión de documentos de Ingreso de Enfermería:** Luego de obtenidos los datos de la auditoría, se revisó los documentos utilizados en el ingreso de usuario por parte de la enfermera y digitalizó toda la información que de ellos se desprende. Los documentos considerados son: hoja de ingreso de enfermería, valoración de riesgo de caídas con escala Downton y valoración de riesgo de úlceras por presión con escala Braden-Bergstrom.
- **Revisión literatura y estudios empíricos:** Se revisó el estado del arte en la actualidad respecto a los registros informáticos, dando énfasis a sus ventajas y desventajas en la implementación.

Habiendo realizado estas actividades, se identificó el problema relacionado con la calidad deficiente de los registros de enfermería del centro de costo y la preocupación por parte de directivos y equipo de enfermería en buscar soluciones de mejora, lo cual se ha manifestado en otros centros nacionales e internacionales, encontrándose fundamentado en un gran número de investigaciones (3, 4, 6, 7, 11-13).

### 3.4.2 Fase II de Validación

Consideró una etapa preliminar a través de un grupo focal con las enfermeras del centro de costo de medicina, con el fin de discutir y acordar una propuesta de contenido del futuro instrumento.

Con la información recabada la investigadora desarrolló el instrumento que fue validado a través de la técnica Delphi.



**Figura 3. Fase II. Validación**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

Considerando las observaciones del equipo de enfermería, se realizaron las siguientes actividades:

- **Confección de Instrumento para su validación “Información Necesaria para el Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería”:** Posterior a la obtención de los datos de los respectivos documentos, se

creó un instrumento para ser utilizado a través de técnica Delphi con el equipo de enfermería, para obtener su opinión respecto a la información necesaria para el prototipo. El instrumento consideró el consentimiento informado, instructivo (Anexo N° 9) y el instrumento propiamente tal (Anexo N° 10), para ser completado se acuerdo al criterio de cada profesional de enfermería:

**PARTE A:** A través de evaluación dicotómica de ***Si debe/No Debe ser***, considerado en el prototipo, se identificó la información del ingreso de usuario respectiva a: identificación del usuario, signos vitales, documentación, y antecedentes. El objetivo de esta parte fue identificar los elementos que pertinentes de mantener en el prototipo de software y aquellos de los cuales se podía prescindir.

**PARTE B:** A través de escala Likert de 1 (menos relevante) a 5 (más relevante), se registró la prioridad del diagnóstico NANDA identificado, acorde al Centro de Costo Medicina. El objetivo de esta parte fue identificar la etiqueta diagnóstica de mayor relevancia para generar un plan de cuidados en el prototipo.

- **Aplicación de instrumento “Información Necesaria para el Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería”:** Se realizó reunión con equipo de enfermería del hospital y se dio a conocer el proyecto, haciendo énfasis en su rol de como gestoras de las mejoras del prototipo. Se presentaron y entregaron las herramientas de investigación en reunión de enfermeras del hospital; posteriormente 8 de ellas del Centro de Costo Medicina, incluyendo Supervisora y Enfermera de Unidad de Gestión del Cuidado completaron las herramientas. Inicialmente los profesionales de enfermería analizaron los elementos considerados en los formatos de ingreso del Hospital Dr. Eduardo Pereira, registrando en Parte A del instrumento, si bajo su experticia debían ser considerados para la confección del prototipo, haciendo uso de respuestas dicotómicas de

SI/NO y observaciones en caso de considerarlo pertinente. Para la Parte B, se permitió el análisis de las etiquetas diagnosticas NANDA a través de escala Likert entre 1 (menor relevancia) a 5 (mayor relevancia), de acuerdo a la realidad del centro de costo.

- **Registro de Información:** Todos los registros fueron tabulados a través de sistema Excel según división de la estructura del instrumento, lo que incluyó el análisis de datos de la Parte A (Anexo N° 11), para esto se entregó un sistema de puntajes que consistió en 2 puntos si se debía considerar, 1 punto si se debía considerar con modificaciones y 0 puntos en caso de no considerarlo. Y el análisis de diagnóstico de enfermería prioritario de la Parte B (Anexo N° 12), se tabularon los puntajes asignados por los profesionales de enfermería y se promediaron los resultados por cada diagnóstico; seleccionando tres diagnósticos prioritarios que obtuvieron el mismo promedio de 4,75 puntos, los cuales son deterioro de la integridad cutánea, patrón respiratorio ineficaz y riesgo de caídas, este último fue considerado por las jefaturas del equipo como el diagnóstico a trabajar en el software; posteriormente con el mismo equipo se identificaron los factores relacionados e intervenciones.
- **Análisis de Información:** En reunión con enfermera supervisora y enfermera encargada de gestión del cuidado, se presentó la tabulación y resultados obtenidos en técnica Delphi, con esta información se tomaron decisiones en conjunto para identificar cuáles debían ser los elementos finales que debieran ser considerados en el prototipo de software, además de confirmar el diagnóstico prioritario del centro de costo, el que correspondió al riesgo de caídas. Considerando el diagnóstico prioritario, se identificó los factores relacionados y posibles intervenciones acordes al tipo de usuario que ingresa al Hospital; esto fue presentado nuevamente al equipo supervisor de Medicina para su análisis y posterior decisión final con respecto a los elementos que deben ser considerados en la estandarización del Plan de Cuidados.

El análisis realizado por las jefaturas del Centro de Costo Medicina se observa en las siguientes tablas.

La siguiente tabla muestra los datos considerados para registrar la identificación del paciente, donde cabe destacar que a través de técnica Delphi no se había considerado sala y cama, pero luego de ser analizados con jefaturas se justifica la importancia de incluir en el prototipo.

<b>Identificación del Paciente</b>			
<b>Elementos</b>	<b>Prom</b>	<b>Análisis</b>	<b>Justificación</b>
Fecha	2	SI	Se considera
Hora	2	SI	Se considera
Nombre	2	SI	Se considera
RUT	2	SI	Se considera
Categorización	1,875	NO	Coinciden en no considerar, ya que no es objetivo categorizarlo con los datos de ingreso.
Médico Tratante	1,75	NO	Coinciden en no considerar, ya que puede variar desde el momento del ingreso .
Peso	1,5	NO	Refieren que no es relevante el momento del ingreso y que se puede hacer con posterioridad y colaboración de nutricionista
Talla	1,5	NO	Refieren que no es relevante el momento del ingreso y que se puede hacer con posterioridad y colaboración de nutricionista
Edad	1,875	NO	No lo consideran relevante para registrar, ya que aparece en los documentos de hospitalización
Coordinador Familiar	2	SI	Se considera
Teléfono	2	SI	Se considera
Nº de Ficha	1,5	NO	No lo consideran, pues coinciden que es una labor de admisión y que además se puede obtener a través del correlativo de Cuenta Corriente
Centro de Costo	2	SI	Se considera
Sala	1,625	NO	Refieren que es importante considerarlo, para conocer la ubicación exacta del usuario, principalmente para la entrega de información entre el equipo y la familia.
Cama	1,625	NO	Refieren que es importante considerarlo, para conocer la ubicación exacta del usuario, principalmente para la entrega de información entre el equipo y la familia.
Procedencia	2	SI	Se considera
Cuenta Corriente	2	SI	Se considera
Domicilio	2	SI	Se considera
Diagnóstico Médico	2	SI	Se considera

**Tabla 1. Identificación del paciente  
(Fuente: Autora de Tesis)**

La siguiente tabla incluye los promedios obtenidos para el registro de signos vitales, es importante destacar que a través de técnica Delphi no se habían considerado presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y oximetría, posteriormente al ser analizados con jefaturas se justifica la importancia de incluir en el prototipo; además se debe incorporar mayor información respecto al dolor referido por el paciente, como localización.

<b>Signos Vitales</b>			
<b>Elementos</b>	<b>Prom</b>	<b>Análisis</b>	<b>Justificación</b>
Presión Arterial	1,75	NO	Se considera, ya que coinciden es relevante identificar los valores de signos vitales al momento de recibir al usuario
Pulso	1,75	NO	
Temperatura	1,75	NO	
Frecuencia Respiratoria	1,625	NO	
Oximetría	1,625	NO	
Dolor	2	SI	Se considera y sugieren que brinde mayor información como localización

**Tabla 2. Signos Vitales**  
(Fuente: Autora de Tesis)

La siguiente tabla incluye los datos de documentación, es importante destacar que a través de técnica Delphi no se habían considerado si el usuario ingresa con pertenencias personales, lo cual fue modificado luego de la reunión con jefatura; además, de eliminar la entrega de trípticos.

<b>Documentación</b>			
<b>Elementos</b>	<b>Prom</b>	<b>Análisis</b>	<b>Justificación</b>
Trae Orden de Hospitalización	1,75	NO	No se considera, ya que aparece en el sistema de admisión
Trae Hoja de Epicrisis	2	SI	Se considera
Trae Historia Clínica	2	SI	Se considera
Trae exámenes radiológicos	2	SI	Se considera
Trae exámenes sanguíneos	1,75	NO	No se considera, ya que pertenece al rol del medico
Trae Indicaciones Médicas	1,75	NO	No se considera, ya que pertenece al rol del medico
Trae Pertenencias Personales	1,875	NO	Se considera, principalmente por motivos de respaldo legal

Se le orientó en el servicio	1,5	NO	No se considera, ya que un número importante de los ingresos son de noche y no es factible realizar orientación, pero que si debe considerarte en otra parte del proceso
Se le entrega tríptico informativo	2	SI	No se considera, ya que no existen habitualmente los trípticos informativos
Pulsera de Identificación	2	SI	Se considera
Medicamentos que utiliza	1,75	NO	No se considera, ya que pertenece al rol del medico
Medicamentos que trae	2	SI	Se considera

**Tabla 3. Documentación**  
(Fuente: Autora de Tesis)

La siguiente tabla considera los promedios obtenidos en los antecedentes a través de técnica Delphi, no se habían considerado la capacidad del usuario para vestirse y luego es incorporado en reunión con jefatura; además, de eliminar la vigilancia requerida.

<b>Antecedentes</b>			
<b>Elementos</b>	<b>Prom</b>	<b>Análisis</b>	<b>Justificación</b>
Caídas Previas	2	SI	Se considera
Déficit Sensorial	2	SI	Se considera
Antecedentes mórbidos	2	SI	Se considera
Alergia a algún medicamento	2	SI	Se considera
Capacidad de deambulaci3n	2	SI	Se considera
Capacidad de Vestirse	1,75	NO	Se considera, ya que se relaciona con cuidados de enfermería
Capacidad de Eliminaci3n	2	SI	Se considera
Estado Nutricional	1,75	NO	No se considera, ya que pertenece al rol de nutricionista
Apoyo psicosocial y emocional	1,5	NO	No se considera, ya que de todas formas se realiza apoyo emocional y psicosocial a los usuarios
Vigilancia requerida	2	SI	No se considera, ya que todos los usuarios requieren vigilancia
Higiene	2	SI	Se considera
Nivel de conciencia	2	SI	Se considera
Estado de la Piel	2	SI	Se considera
Uso de prótesis	2	SI	Se considera
Úlceras por presi3n	2	SI	Se considera

Heridas	2	SI	Se considera
Hábitos	2	SI	Se considera
Medios invasivos	2	SI	Se considera
Capacidad de alimentación	2	SI	Se considera
Balance Hídrico	1	NO	No se considera, ya que no es objetivo realizarlo desde el ingreso
Oxigenoterapia	2	SI	Se considera
Riesgo de lesión cutánea	2	SI	Se considera

**Tabla 4. Antecedentes**  
(Fuente: Autora de Tesis)

De esta manera comenzó a tomar forma el prototipo a desarrollar con respecto a la etapa de valoración del usuario.

Habiendo obtenido la información para confeccionar el prototipo, se decidió respaldarlo bajo la teoría de Virginia Henderson, por lo que en conjunto con la jefatura de enfermería del hospital se acuerda realizar la valoración de los antecedentes a través de las 14 necesidades propuestas por la teorista, lo que generó un orden en el prototipo y un sustento teórico.

Habiendo realizado estas actividades, se validó la información requerida en el prototipo para generar una mejora en los registros de enfermería, se pudo realizar a través del trabajo conjunto del equipo de enfermería, basado en sus vivencias y experiencias.

### 3.4.3 Fase III Desarrollo

En la fase de desarrollo se utilizó la información recolectada y validada en la fase de investigación; esta fase fue evaluada y realizada en conjunto con informático del hospital y equipo de enfermería.



**Figura 4. Fase III Desarrollo**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

**Diseño del prototipo:** Se confeccionó el prototipo de sistema informático para ingreso de usuarios y plan de cuidados estandarizados, haciendo uso de Microsoft Office Excel; este prototipo se presentó al informático del Hospital y refiere cumplir los requerimientos para ser implementado y posteriormente considerado para unirse a sus plataformas.

Esta fase se verá en extenso en el capítulo siguiente de Prototipo Registro Ingreso.

#### 3.4.4. Fase IV Prueba Piloto

En la fase de prueba piloto se aplicó el prototipo en el ingreso de usuario por parte de dos enfermeras del Centro de Costo Medicina y fue revisado por informático del hospital, con el objetivo de identificar debilidades y generar mejoras.

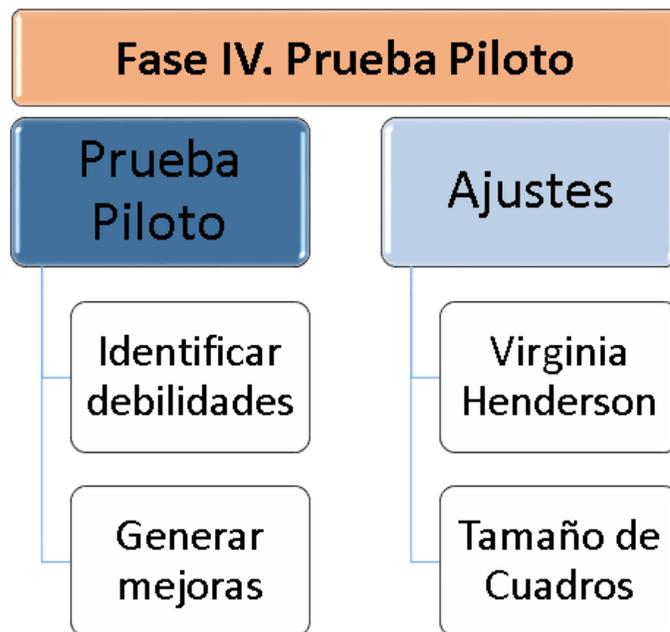


Figura 5. Fase IV. Prueba Piloto  
(Fuente: Autora de la Tesis)

- **Prueba Piloto:** Se presentó el software a profesional de enfermería del centro de costo Medicina e informático del hospital para realizar pruebas y sugerir modificaciones.
- **Ajustes:** Se realizó mejoras del prototipo en base a las sugerencias realizadas, que fueron principalmente de forma como: aumentar tamaño de cuadros, botón para borrar todo el contenido y organizar la valoración, esto último se realiza a través de la Teoría de Virginia Henderson, respecto a las 14 necesidades.

Esta fase permitió entregar como producto un prototipo apto para realizar un registro estandarizado de enfermería, al momento del ingreso de usuario, el cual fue confeccionado de manera colaborativa por parte del equipo informático y de enfermería del hospital.

### 3.4 Limitaciones del prototipo genérico propuesto

Es importante considerar que el proyecto de I&D realizado, consideró un prototipo, como una versión inicial y capaz de ser mejorada en el futuro, pero que permite evidenciar los atributos del producto final, a una escala menor y a un menor costo.

En la fase de prototipo se prueban las funcionalidades críticas que diferenciarán al producto o servicio una vez escalado y comercializado de aquel producto o servicio que es mejor competidor o sustituto. Sin embargo, la fase de prototipo no sirve para probar todas las funcionalidades requeridas por el mercado, ni resuelve las funciones de diseño comercial, las cuales sólo son probadas normalmente en fases posteriores.

Una de las principales limitaciones corresponde a la cantidad de diagnósticos NANDA considerados, ya que existen más de 230 con sus respectivas combinaciones de etiquetas diagnósticas; por este motivo se escogió junto al equipo de enfermería del centro de costo medicina, el diagnostico prioritario para desarrollar sólo uno de ellos a cabalidad y dejar establecido el plan de trabajo para considerar en el futuro la totalidad de los diagnósticos.

Al ser el diagnóstico prioritario escogido el Riesgo de caídas, sólo se incluyó en el prototipo la escala Downton para valoración de caídas; para futuras mejoras se pueden incluir otras escalas de valoración como Braden-Bergstrom para úlceras por presión.

**CAPITULO IV**

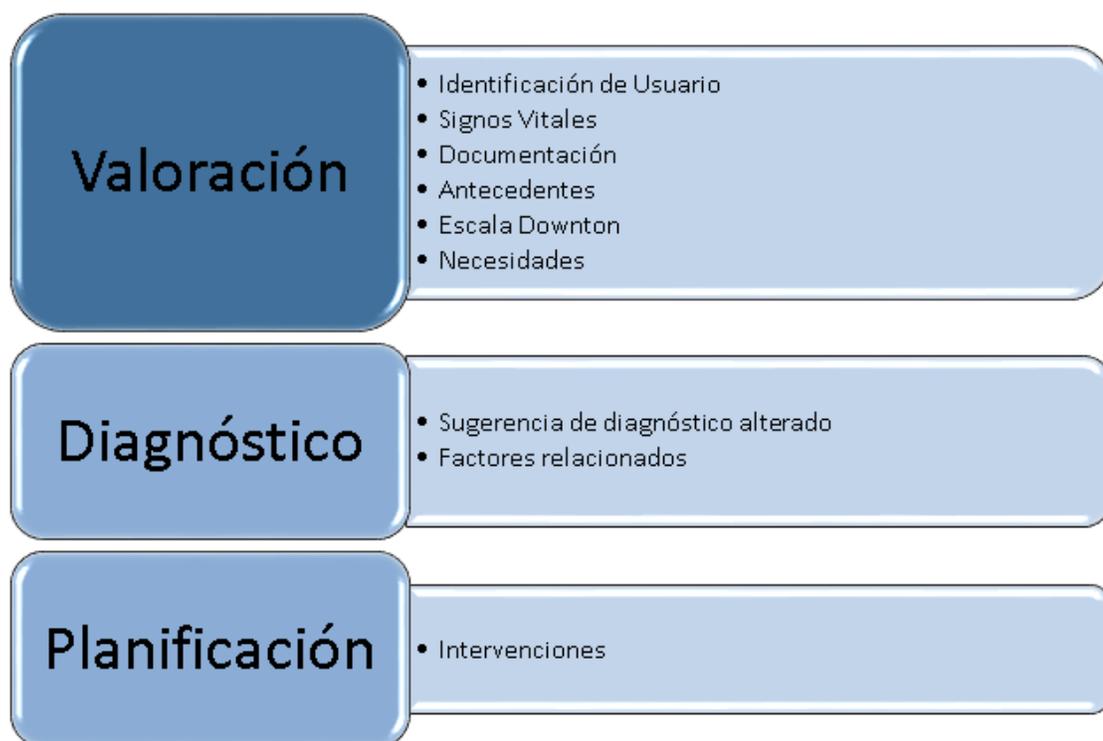
**PROTOTIPO REGISTRO**

**DE INGRESO**

## CAPÍTULO IV PROTOTIPO REGISTRO DE INGRESO

### 4.1. Estructura del prototipo diseñado

El prototipo diseñado se basó en la gestión por procesos, considerando el ingreso de enfermería como parte del proceso de hospitalización del usuario, para esto se presenta el siguiente esquema de los elementos considerados en el prototipo de sistema informático, el cual además consideró el Proceso de Enfermería como la base para su creación, hasta la etapa de planificación.



**Figura 6. Proceso de Enfermería y Prototipo**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

El Proceso de Enfermería permitió organizar los datos del prototipo y de esta manera brinda un soporte teórico que fundamenta la coherencia de los datos considerados para el registro, estos son:

Datos	Contenidos
Identificación del Usuario	Registro de datos personales del usuario que ingresa, entregando lo asociado a base de datos de prueba.
Documentación presentada	Registro de documentación con la cual ingresa el usuario.
Antecedentes	Incluye el registro de la valoración de antecedentes mórbidos, hábitos nocivos y/o alergias.
Signos Vitales	Registro de parámetros vitales al ingreso del usuario con su respectiva interpretación según rangos de normalidad.
Valoración de Satisfacción de Necesidades según Teoría de Virginia Henderson	Incluye las 14 necesidades de Virginia Henderson, permitiendo la valoración integral del usuario que ingresa.
Escala Downton	Registro de aplicación y resultado de riesgo de caídas, según escala Downton
Diagnóstico de “Riesgo de Caídas”:	Habiendo sido considerado por el equipo de Enfermería del Hospital Eduardo Pereira como el diagnóstico prioritario del Centro de Costo Medicina, se establece el registro para factores relacionados e intervenciones.

**Tabla 5. Datos del prototipo  
(Fuente: Autora de Tesis)**

De esta forma se permite una valoración, diagnóstico y planificación de los cuidados basadas en un registro estandarizado, brindando la individualización para cada usuario que ingresa al Centro de Costo Medicina.

A continuación, se presentan imágenes del prototipo, las cuales permiten visualizar los datos considerados en cada uno de los ítem y comprender su funcionamiento.

#### 4.2 Identificación del Usuario

En este ítem se registra el RUN del usuario, lo cual permite vincularlo con una base de datos que entrega los datos correspondientes a: Nombres, Apellidos, Cuenta corriente, y Domicilio. Además, permite ingresar el Coordinador Familiar, Procedencia y Diagnóstico en espacio libre de escritura y escoger de lista desplegable el servicio de hospitalización, cama y sala.

**Hospital Eduardo Pereira**  
**Centro de Costo Medicina**  
**Ingreso de Enfermería**

**Nuevo Ingreso**

**Identificación del Usuario**

<b>RUN</b>	<b>CC</b>	<b>Fecha/Hora</b>	27-09-2017 0:37
<b>Nombre</b>	<b>Ap. Paterno</b>	<b>Ap. Materno</b>	
<b>Domicilio</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Coordinador Familiar (Nombre / Parentesco / Fono)</b>			
<b>Procedencia</b>		<b>Diagnóstico</b>	
<b>Centro de Costo Medicina</b>		<b>Sala</b>	<b>Cama</b>

**Figura 7. Identificación del Usuario**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

### 4.3 Documentación

A través de check list se registra la documentación con la cual ingresa el usuario al Centro de Costo Medicina y además permite realizar registro de alguna observación al respecto.

**¿Qué documentación trae?**

<input type="checkbox"/> Hoja de Epicrisis	<input type="checkbox"/> Pertenencias Personales
<input type="checkbox"/> Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Pulsera de Identificación
<input type="checkbox"/> Exámenes radiológicos	<input type="checkbox"/> Medicamentos

**Observaciones:**

**Figura 8. Documentación**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

### 4.4 Antecedentes

A través de check list permite registrar hábitos nocivos, antecedentes mórbidos y alergias, incluyendo observaciones en caso de ser necesario.

**Antecedentes**

**Hábitos nocivos**

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Cigarrillo
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Otros

**Mórbidos**

<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otros

**Alergias**       Sí       No

**Observaciones:**

**Figura 9. Antecedentes**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

#### 4.5 Signos Vitales

Se registran los signos vitales y luego el sistema entrega la interpretación de acuerdo a valores normales y alterados. Con respecto a la evaluación del dolor, permite el registro del lugar y observaciones, en caso de ser necesario.

<b>Presión Arterial</b>		<b>Interpretación</b>
Sistólica		No controlado
Diastólica		No controlado

<b>Temperatura</b>		<b>Interpretación</b>
		No controlado

<b>Oximetría</b>		<b>Interpretación</b>
		No controlado

<b>Frecuencia Cardíaca</b>		<b>Interpretación</b>
		No controlado

<b>Frecuencia Respiratoria</b>		<b>Interpretación</b>
		No controlado

<b>EVA</b>		<b>Interpretación</b>
		No controlado
Lugar:		
Observaciones:		

**Figura 10. Signos Vitales**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

#### 4.6 Necesidades

En este ítem se permite la valoración a través de las 14 necesidades, basadas en la teoría de Virginia Henderson; el profesional de enfermería tendrá la opción de valorar al usuario y clasificar cada necesidad de acuerdo a dependencia y realizar las observaciones respectivas.

<b>Necesidades de Virginia Henderson</b>	
<b>Respirar Normalmente</b> Valoración <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Asistido <input type="radio"/> Dependiente	Observaciones
<b>Comer y Beber de forma adecuada</b> Valoración <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Asistido <input type="radio"/> Dependiente	Observaciones

**Figura 11. Necesidades de Virginia Henderson**  
(Fuente: Autora de la Tesis)

#### 4.7 Escalas de Valoración

Permite acceder a la escala Downton, de valoración de riesgo de caídas, y que posterior a su realización entrega el valor obtenido.

<b><u>Escalas de Valoración</u></b>	
<a href="#">Downton</a>	Riesgo de caídas
<i>Braden-Bergstrom</i>	Riesgo de UPP

Figura 12. Escalas de Valoración  
(Fuente: Autora de la Tesis)

#### 4.8 Escala de Downton

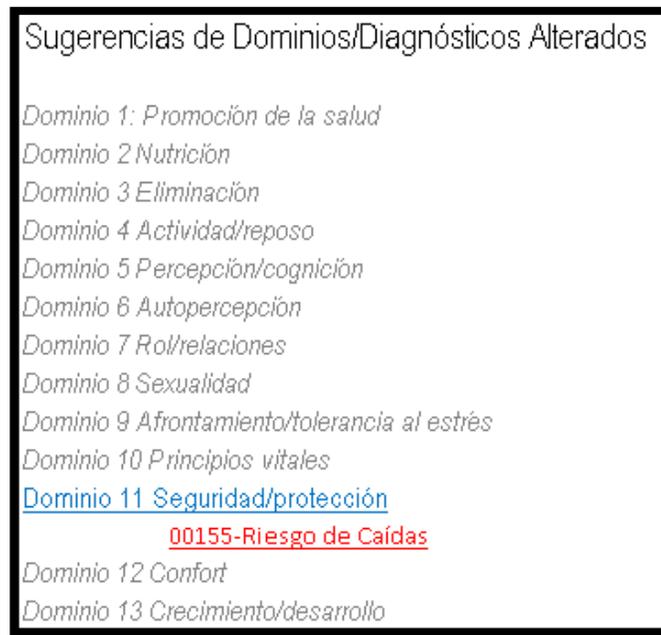
A través de check list se realiza escala de valoración de caídas y finalmente el sistema entrega el puntaje y resultado obtenido, además de registrarlo en Escala de Valoración.

Estado Mental	
<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado
Déficit Sensorial	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Alteración Visual
<input type="checkbox"/> Alteración Auditiva	<input type="checkbox"/> Alteración Extrem idades
Puntaje:	0
Resultado:	Bajo Riesgo

Figura 13. Escala Downton  
(Fuente: MINSAL Chile)

#### 4.9 Sugerencias de Diagnóstico Alterado

El prototipo muestra la totalidad de dominios establecidos por NANDA, pero sólo considera como diagnóstico el Riesgo de caídas, ya que fue el identificado por los profesionales de enfermería del Centro de Costo Medicina, como el más recurrente y de mayor relevancia. Este ítem permite acceso al plan de cuidados.



**Figura 14. Sugerencias de diagnósticos alterados (Fuente: Diagnósticos NANDA)**

#### 4.10 Factores Relacionados

Permite registrar a través de check list los factores relacionados con el diagnóstico de riesgo de caídas.

<b><i>Factores Relacionados</i></b>		
<input type="checkbox"/> Historia de Caídas	<input type="checkbox"/> Dificultades Visuales	<input type="checkbox"/> Cambios Glucosa Postprandial
<input type="checkbox"/> Uso de silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Dificultades Auditivas	<input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física
<input type="checkbox"/> Edad igual o superior a 65 años	<input type="checkbox"/> Hipotensión Ortostática	<input type="checkbox"/> Alteración del estado mental

**Figura 15. Factores Relacionados (Fuente: NANDA)**

#### 4.11 Intervenciones

Permite registrar a través de check list las intervenciones planificadas de acuerdo al diagnóstico de riesgo de caídas.

<b><i>Intervenciones</i></b>
<input type="checkbox"/> Valorar riesgo de caídas con escala Downton
<input type="checkbox"/> Registrar riesgo de caídas del paciente, según escala Downton
<input type="checkbox"/> Asistir en la deambulación
<input type="checkbox"/> Frenar sillas, camas u otros dispositivos
<input type="checkbox"/> Colocar objetos al alcance del usuario, sin que tenga que hacer esfuerzo
<input type="checkbox"/> Instruir al usuario para que pida ayuda al moverse
<input type="checkbox"/> Mantener barandas en alto
<input type="checkbox"/> Colocar cama en posición más baja
<input type="checkbox"/> Informar al usuario donde se encuentra el timbre y sus usos
<input type="checkbox"/> Revisar que el timbre se encuentre al alcance del usuario
<input type="checkbox"/> Asistir en el aseo
<input type="checkbox"/> Contención del usuario
<input type="checkbox"/> Control de presión arterial
<input type="checkbox"/> Administración de medicamentos tranquilizantes
<input type="checkbox"/> Vigiliar al usuario

**Figura 16. Intervenciones**  
(Fuente: NIC)

Todas estas visualizaciones del prototipo brindan una pincelada respecto a su funcionamiento, pero permite identificar la información considerada en éste, lo cual es fundamental para analizar su relevancia al incorporarla como elemento de mejora de la gestión del cuidado del centro de costo Medicina.

CAPITULO V  
DISCUSIÓN -  
PROYECCIONES

## CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y PROYECCIONES

El presente proyecto en modalidad I&D permitió estandarizar los registros de enfermería al ingreso del usuario en el centro de costo Medicina, a través de un sistema informático que consideró el diagnóstico prioritario seleccionado de Riesgos de caídas; tal como se estableció en el Objetivo General del proyecto.

La implementación de los sistemas informáticos son una excelente herramienta para mejorar la calidad de los registros de enfermería, lo que permite disponer de datos valiosos del paciente, de una forma sistemática, ordenada y progresiva de recopilar, manejar y gestionar. La información diaria es necesaria y esencial para la atención de una persona como parte de una familia, comunidad y sociedad definida (1, 3, 8, 13, 14).

El valor de esta propuesta es coincidente con lo ocurrido en otras instituciones de salud, que buscan un avance en la estandarización de los registros, considerando teoristas para visibilizar el cuidado y obtener evidencias, en el área, para los procesos de acreditación de los servicios de salud (1, 3, 8, 10, 11, 14, 41)

Acorde al primer objetivo específico, en relación a la identificación de los datos más relevantes en el ingreso de Enfermería al centro de costo Medicina, se realizó un trabajo de manera participativa con el equipo de enfermería, lo cual permitió desarrollar mejoras importantes, reconociendo el valor de los colegas como informantes expertos, utilizando la técnica Delphi para seleccionar de manera consensuada, los datos más significativos al momento de realizar el prototipo del software (9).

De acuerdo al segundo objetivo específico se estableció un plan de cuidados estandarizado con respecto al diagnóstico de enfermería prioritario del

centro de costo Medicina, siendo este el Riesgo de caídas, generando la posibilidad de registrar en modalidad informática y visibilizar la atención de enfermería y posteriormente obtener indicadores que permitan gestionar los planes de atención y obtener indicadores de resultado de acuerdo a las intervenciones planificadas y posteriormente realizadas (13).

En relación al tercer objetivo específico se confeccionó el prototipo de sistema informático estandarizado, para el ingreso de Enfermería del usuario al centro de costo Medicina, considerando la información recolectada previamente y la opinión de los expertos.

Posteriormente y acorde al cuarto objetivo específico se realizó la aplicación piloto del sistema informático, en opinión de las expertas consultadas fue considerado de gran utilidad. Se le reconoce como una herramienta eficiente y eficaz al momento de realizar un ingreso de enfermería, logrando recabar la información necesaria para establecer un plan de cuidados de calidad, que permite brindar atención acorde a las necesidades de los usuarios y definir de manera exacta lo que debe registrarse; de esta forma se da respuesta positiva a la pregunta investigativa que genera el proyecto en relación a la mejora de los registros a través de sistemas informáticos estandarizados.

Lo más importante de este estudio radica en otorgar al sistema informático un espacio dentro de la función de gestión del cuidado de las enfermeras, como una herramienta que permite realizar mejoras que van en directo beneficio de los usuarios.

A través del trabajo de manera conjunta y participativa se pueden obtener excelentes resultados, los cuales dependen del compromiso del equipo de enfermería al momento de acceder a nuevas tecnologías y capacidad de

adaptarse al cambio, siendo esto último un desafío para todo el equipo de enfermería.

Cabe destacar que al ser un prototipo de sistema informático tiene proyecciones de nuevos complementos a implementar, dentro de los que destacan incorporar todas las necesidades NANDA con sus respectivas intervenciones y criterios de resultado, escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y valoración de heridas, establecer alertas en caso de anomalías detectadas en el ingreso de usuario, entre otras mejoras, para finalmente establecer un lenguaje estandarizado que favorezca la calidad de la atención y la gestión del cuidado (15, 36, 37).

Es un desafío para la disciplina continuar con la investigación como parte del rol del profesional de enfermería, generar nuevas herramientas tecnológicas amigables, a partir del conocimiento científico disponible, para optimizar la administración y los cuidados de salud, validando así a la profesión (42, 43)

El desarrollo de un sistema informático de enfermería estandarizado, permite eliminar consignar los datos narrativos no estandarizados que no aportan información suficiente para hacer el seguimiento del estado del paciente y sus cuidados, así como también optimiza el tiempo del profesional (43).

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bates D, Ebell M, Gotlieb E, Zapp J, Mullin HC. A proposal for electronic medical records in U.S. primary care. *J Am Med Inform Assoc.* 2003 (Ene-Feb); 10(1): 1-10.
2. Cea AM, Pérez R. Calidad de los registros de enfermería en el ingreso de pacientes, Hospital Dr. Eduardo Pereira . Valparaíso (Chile); 2010.
3. Padilha EF, Fernández MC, Matsuda LM. Quality of nursins records in intensive care: evaluation through a retrospectiv audit. *Cogitare Enferm.* 2014 (Abr-Jun); 9(2): 217-23.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Joint Commission(JC). Comunicación durante el traspaso de pacientes. En: Soluciones para la seguridad del paciente [Internet] OMS, JC; 2007 [acceso 27 Jun 2016] Disponible en: <http://www.bienestar.unal.edu.co/wpcontent/uploads/2016/11/Comunicacioneltraspaso.pdf>
5. Nihgtingale F. Hospital Statistics. En: Nightingale F. Notes on hospitals. Londres (Inglaterra); Harvard College Library; 1863. p. 159-76.
6. Basurto E, Basurto C, Bautista A, Carranza E, Flores K, González C, et al. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general de zona N° 32 Villa Coapa. 2009. [Tesis de Pregrado]. Ciudad de México DF (México): Instituto Politécnico Nacional, 2009.
7. Calvo M. Factores que influyen en la calidad de los registros, según las enfemerias de una unidad de nefrología. En XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Bilbao (España), 2002.

8. Calero M, Lola F. El registro de enfermería como parte del cuidado. En: XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de enfermería en neurociencias: Neuroenfermería ante la patología tumoral y degenerativa. Granada (España), 2014.
9. Varela-Ruiz M, Diaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med*. 2012 (Oct-Dic); 1(2): 90-5.
10. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Syst Rev*. [Internet] 2009. [acceso 20 Ago 2016]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160206>.
11. Puga M, Estrada I, Novo S, Sabio M, Cid S. Valoración de los registros de enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. [Internet] 2007. [acceso 15 Mar 2015]; Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/1757\\_19.pdf](http://www.revistaseden.org/files/1757_19.pdf)
12. Ramos-Silva E, Nava-Galán M, San-Juan D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel. *Enferm Clin*. 2011 (May-Jun); 21(3): 151-8.
13. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago (Chile): Mediterráneo; 2010. 416 p.
14. Orovioicoechea C, Elliott B, Watson R. Review: evaluating information systems in nursing. *J Clin Nur*. 2008 (Mar); 17(5): 567-75.
15. Caballero E, Hullin C. Introducción a la Informática en Salud. Santiago (Chile): Mediterráneo; 2014. 198 p.
16. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Bol Esc Med* [Internet] 2007. [acceso 15 Jun 2012]; 32(2). Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/Boletin/20072/ReformaSalud.html>

17. Ministerio de Salud (Chile). Decreto N° 38. Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. [Internet] 2005. [acceso 20 abr 2014]; Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=245619&idVersion=2006-04-28>.
18. Ministerio de Sanidad y Política Social (España). Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid (España); 2009.
19. Ministerio de Salud (Chile). Código Sanitario. Decreto con fuerza de ley N° 725. Artículo 113. [Internet] 1968. [acceso 15 Feb 2013]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>.
20. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero Barcelona (España): Elsevier Masson; 1995. 167 p.
21. León J, Manzanera JT, López P, González L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enferm glob* [Internet]. 2010 19(2). [acceso 20 Nov 2014]; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200021](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200021)
22. Bravo J. Gestión de procesos (Con responsabilidad social) Desde la mejora hasta el rediseño. 4ta ed. Santiago (Chile). Editorial Evolución; 2011. 401 p.
23. Asociación Española para la Calidad (AEC). Gestión por procesos. [Internet]. AEC; 2016 [actualizado 2017; acceso 31 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/gestion-por-procesos>.
24. Diccionario de la Real Academia Española 22ed [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2001. [acceso 30 de noviembre 2012]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=documentaci%C3%B3n>

25. Pérez J. Gestión por procesos. 4ta ed. Madrid (España): Editorial ESIC, 2010. 336 p.
26. Leiva I. Gestión del cuidado y calidad a través de los registros de enfermería, SMC Clínica del Maule. En: VII Congreso de la sociedad chilena de calidad asistencial. Santiago (Chile), 2013.
27. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. En Día Internacional de la Enfermera 2015 [Internet] CIE, 2015. [actualizado 2015; acceso 7 Dic 2016] Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND\\_2015\\_Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_2015_Sp.pdf)
28. Ferrel KG. Documentation, Part 2: The Best Evidence of Care. Am J Nurs. 2007 (Jul); 107(7): 61-4.
29. García S, Navío A, Valentín L. Normas básicas para la elaboración de registros de enfermería. Nure Inv. [Internet] 2007 (May-Jun). [acceso 5 Jul 2013]; 28. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>
30. Farfán G. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería. [Tesis de Magíster]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana, 2013
31. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Philadelphia (Estados Unidos): Editorial Elsevier; 2010. 430 p.
32. Bonfin D, Laus A, Leal A, Togeiro F, Rapone R. Application of the Workload Indicators of Staffing Need method to predict nursing human resources at a Family Health Service. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2016 (Ene); 24. [acceso 10 Jul 2017]; 28. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100315&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100315&script=sci_abstract&tlng=es)

33. Doenges M, Moorhouse MF. Proceso y diagnósticos de enfermería. Aplicaciones . Ciudad de México DF (México): Editorial Manual Moderno; 2014. 319 p.
34. Iyer P. Procesos y diagnóstico de enfermería. 3ra ed. Editorial McGraw-Hill / Interamericana de España; 1993. 432 p.
35. Perry A, Potter P. Fundamentos de Enfermería. En: Griffin A. La enfermería en la actualidad. 5ta ed. Madrid (España): Editorial Elsevier; 2002. p. 31-9.
36. Titler M, Dochterman J, Xie X, Shever L. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. Nurs Res. 2006 (Jul-Ago); 55(4): 231-42.
37. Lavin M, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman H, Gebbie C. Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. Int J Nurs Terminol Classif. 2004 (Abr-Jun); 15(2): 39-47.
38. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ta ed. Madrid (España): Editorial Elsevier; 2014. 760p.
39. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ta ed. Madrid (España): Editorial Elsevier; 2011. 664 p.
40. Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Chile). Definiciones de Términos Concurso de Proyectos de I&D. Santiago (Chile); 2016.
41. Villagómez A, Jiménez M. Implementación del Registro Clínico de Enfermería basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Desarrollo Cientif Enferm. 2011 (Jun); 19(5): 183-8.
42. Duran MM. El futuro de la producción investigativa en los profesionales de enfermería. Rev Cuid. 2010; 1(1): 4-5.

43. Aedo V., Parada T., Alcayaga C., Rubio M.. Electronic records for wound assessment for nurses. *Enferm glob* [Internet]. 2012 11(28). [acceso 19 Dic 2017]; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400021&lng=es).

ANEXOS

## Anexo N° 1: Ingreso de Enfermería

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud  
Valparaíso- San Antonio  
Hospital Dr. Eduardo Pereira R.  
Subdirección de Enfermería /



### INGRESO DE ENFERMERÍA

Fecha..... Hora.....

#### 1. Identificación del paciente

Nombre..... Peso..... Talla.....  
Edad..... Coordinador familiar..... Fño.....  
N° Ficha..... C. Costo..... Sala..... Cama.....  
Procedencia..... Cta. Cte.....  
Domicilio.....  
Diagnóstico Médico.....

#### 2. Control de Signos Vitales

Presión arterial..... Pulso..... T°.....  
Frec. Respiratoria..... Oximetría.....  
Dolor: No  Sí  Lugar..... EVA.....

#### 3. Documentos que trae

Orden de Hospitalización..... Hoja de Epicrisis..... Historia Clínica.....  
Exámenes radiológicos..... Exámenes sanguíneos..... Ind. Médicas.....  
Pertenencias Personales.....  
.....  
.....

#### 4. Orientación en servicio

Entrega tríptico.....

#### 5. Antecedentes mórbidos

HTA..... Diabetes..... Hepatitis..... TBC.....  
Otros..... Caídas previas.....

**6. Condiciones generales. Valoración por Enfermera(o)**

Deambulación:    Si..... No..... Silla..... Camilla.....

Estado nutricional:   Eutrófico..... Enflaquecido..... Obeso.....

Higiene:           Buena..... Regular..... Mala.....

Nivel de conciencia: Orientado..... Desorientado..... Obnubilado.....  
Somnoliento..... Coma.....

Estado de la Piel:   Hidratada..... Deshidratada..... Fría..... Caliente.....

Uso de prótesis:    Dental..... Cadera..... Audifono..... Ocular.....

Úlceras por presión: No..... Si..... Sitio..... Tipo: I – II – III – IV

Heridas:            No..... Si..... Localización.....

Hábitos:            Tabaco..... Alcohol..... Drogas..... Otros.....

Medios Invasivos:   VVP..... S. Foley..... Drenajes..... Otros.....

**7. Medicamentos que trae**

Nombre	Dosis	Horario

Alergia algún medicamento: .....

**8. Diagnóstico de Enfermería**

.....

.....

.....

.....

**9. Identificación funcionaria (o) Nombre y Apellido**

Enfermera.....

TPM.....

## Anexo N° 2: Valoración de Riesgo de Caídas

	Subdirección de Enfermería Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso	FR-SDE-007
	Instrumento de Valoración de Riesgo de Caídas	Edición: 01
		Fecha: 13 de Septiembre de 2010
		Vigencia: Septiembre 2013
		Página 1 de 3

Nombre: ..... Servicio: .....  
 Edad: ..... Sala/Cama: .....  
 C.C.: ..... Sector: .....  
 Fecha de Ingreso: .....  
 Valorización riesgo al ingreso:

A.R	R.M	B.R
-----	-----	-----

Escala Downton		
Criterio de Evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	diuréticos Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepressivo, otros.	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Agitación Psicomotora.	1
	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo.	1
	Reposo absoluto Postrado	1

Fecha						
Puntaje Downton						
Riesgo						
Fecha						
Puntaje Downton						
Riesgo						
Fecha						
Puntaje Downton						
Riesgo						

Clasificación:  
 Riesgo Alto (A.R)= 5-9 pts Riesgo Medio ( M.R)= 3-4 pts Riesgo Bajo (B.R)= 0-2 pts.

Elaboró  
 Oficina de Calidad  
 Subdirección de Enfermería HEP

Revisó  
 Oficina de Calidad y  
 Seguridad del Paciente

Aprobó  
 Enf. Silma Osorio Sánchez,  
 Subdirectora de Enfermería

Autorizó  
 Dr. José Miguel Verscheure Soto  
 Director HEP

**Formulario de Aplicación Escala de Riesgo caídas Downton**

La Escala Downton se aplicará por enfermera a todo paciente que ingrese a un centro de costos hospitalario que cumpla con dos de los siguientes criterios de inclusión o que según el juicio del profesional de enfermería lo requiera.

- ✓ Persona mayor 65 años
- ✓ Con antecedentes de caídas previas
- ✓ Utilización de ortesis
- ✓ Prótesis de extremidades inferiores
- ✓ Dificultades visuales o auditivas
- ✓ Alteración de conciencia
- ✓ Alteración de estado nutricional por déficit o exceso
- ✓ Consumo de fármacos: Diuréticos, hipoglicemiantes, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, betabloqueadores, laxantes, enemas ,antiarrítmicos

Se registrara riesgo de caídas según escala en: Hoja diaria de enfermería, Hoja de evolución de enfermería realización de la escala, Hoja de evaluación de riesgo de caídas.

La Escala Downton se aplicará de la siguiente manera:

- Primera aplicación: dentro de las primeras 24 horas de ingreso del paciente al Centro hospitalario. Según la puntuación se clasificará en riesgo alto, riesgo moderado, bajo riesgo en caídas.
- Posteriores aplicaciones según riesgo:

Alto Riesgo: 3 veces por semana	Riesgo Moderado: 2 veces por semana	Riesgo bajo: 1 vez por semana
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

- Se deberá reevaluar, riesgo si paciente presenta variaciones en su estado de salud, según criterio de profesional de enfermería.
- Paciente con agitación o con alteración de conciencia se considerara de alto riesgo en caídas, sin necesidad de aplicación de la escala, solo registro en espacios correspondientes,
- En el Centro de Costo de UCIM se recomienda realizar evaluaciones diariamente.

**Intervención de Enfermería según riesgo:**

Riesgo Bajo	Riesgo moderado	Riesgo Alto
Educación en prevención de caídas a usuario o familiar responsable.	Educación en prevención de caídas a usuario o familiar responsable.	Educación en prevención de caídas a usuario o familiar responsable.
Entrega de cartilla educativa en prevención de caídas	Entrega de cartilla educativa en prevención de caídas	Entrega de cartilla educativa en prevención de caídas
Orientar a usuario y/o familia en los distintos lugares del servicio, baño, clínica, entre, otros.	Barandas en alto	Barandas en alto en forma permanente
Orientar al usuario en unidad	Educar a usuario y/o familia en manera adecuada de levantarse	Vigilancia Permanente
Colocar al alcance del usuario pertenencias personales	Asistir a usuario en deambulación	Utilizar medidas de sujeción en tronco y/o extremidades, si medidas preventivas no dan resultados
Asegurarse que timbres se encuentren accesibles al usuario	Mantener orinal al alcance del usuario si requiere	Explicar a usuario y/o familia medidas aplicadas para prevención de caídas
Mantener orinal al alcance del usuario, si lo requiere	Uso de ortesis	Sugerir a familia acompañamiento nocturno.
Utilización de órtesis	Comprobar que calzado sea el adecuado y seguro	

### Anexo N° 3: Valoración de riesgo de úlceras por presión



#### INSTRUMENTO DE VALORACION Y REGISTRO DE UPP

Nombre:.....	Sala/camà:.....
Edad:.....	Presenta UPP al ingreso/localización:.....
Fecha de ingreso:.....	.....
Procedencia:.....	.....
Servicio:.....	.....

#### Valoración de riesgo de padecer de UPP según escala de Braden Bergstrom

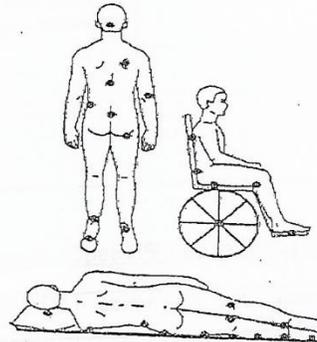
Percepción sensorial	1	Completamente limitada	2	Muy limitada	3	Ligeramente limitada	4	Sin limitaciones
Exposición a humedad	1	Completamente húmeda	2	A menudo húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	4	Raramente húmeda
Actividad	1	encamado	2	En silla	3	Deambula ocasionalmente	4	Deambula frecuentemente
Movilidad	1	Completamente inmóvil	2	Muy limitada	3	Ligeramente limitada	4	Sin limitaciones
Nutrición	1	Muy pobre	2	Probablemente inadecuada	3	Adecuada	4	Excelente
Roce y peligro de lesión cutánea	1	Problema	2	Problema potencial	3	No existe problema aparente		

Escala de Braden:	
Riesgo Alto ≤ 12	Riesgo mediano 13 – 14
Riesgo bajo 15 a 16 < 75 años / 15 a 18 > 75 años	Sin riesgo > 16 en < 75 años y > 18 en > 75 años

FECHA							
Percepción sensorial							
Exposición a humedad							
Actividad							
Movilidad							
Nutrición							
Roce y lesión cutánea							
TOTAL							
RIESGO							

Registro de UPP

Fecha de aparición de UPP: .....



FECHA						
TAMAÑO (Dm x longitud)						
LECHO						
Granulación						
Epitelización						
Necrótico						
Esfacelado						
Cavitado						
BORDE						
HERIDA						
Hipertrófico						
Esfacelado						
Necrosado						
Correcto						
PIEL						
PERILESIONAL						
Integra						
Macerada						
Eczema/eritema						
EXUDADO						
Escaso						
Macerado						
Abundante						
SIGNOS DE INFECCION						
Si						
No						
DOLOR						
Si						
No						
ESTADIO						

Anexo N° 4: Solicitud de documentos de ingreso de enfermería



**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO ENFERMERIA  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

Valparaíso, 24 de Julio, 2013

Para: Sr. Dr. José Miguel Verscheure S.

*Director Hospital Dr. Eduardo Pereira R. Valparaíso*

De: Sra. Cecilia Landman N.

*Directora Postgrado Enfermería*

CC: Alejandra Cancino S.

*Subdirectora de Enfermería*

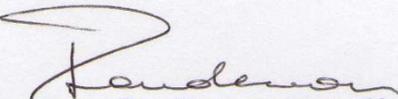
Ref: Solicitud de Documentos Ingreso de Enfermería

---

Junto con saludarlo, la presente tiene por objeto solicitar los documentos actualmente en uso para la realización del Ingreso de Enfermería del CC Medicina, para su posterior análisis en el proyecto de Investigación y Desarrollo; esto permitirá el análisis de estos documentos a través de técnica de Delphi por parte del equipo de enfermeras de Hospital.

Lo anterior, será realizado por la enfermera Srta. Romina Pérez Merino, del programa de Magíster en Enfermería, que cursa en la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso.

Agradeciendo de antemano las gestiones necesarias para la entrega de la información solicitada, se despide atentamente



**Azucena Cecilia Landman Navarro**  
**5.357.964-7**

**A. Cecilia Landman Navarro**

**Directora Postgrado Y Pos título**

**Escuela de Enfermería**

## Anexo N° 5: Consentimiento informado



COMITÉ DE BIOÉTICA  
FACULTAD DE MEDICINA

### Consentimiento Informado para Enfermeras

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio, enmarcado en la metodología Investigación & Desarrollo titulado "Diseño Software de registro informático para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario" a realizar por Romina Pérez Merino, profesional enfermera, del programa de Magíster en Enfermería, cursando en la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaré a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación y en qué consistiría su colaboración.

El objetivo del estudio es desarrollar un Software de registro informático para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario en Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso; lo cual será realizado durante los meses de octubre y diciembre el año 2013, y marzo y abril del año 2014.

Este estudio es pretende ser un aporte para la gestión de los cuidados de enfermería del Hospital Dr. Eduardo Pereira, que requiere herramientas que optimicen la calidad de los registros, en el marco de la acreditación para el logro de la nominación de Hospital Autogestionado, bajo los lineamientos de la Reforma en Salud Chilena.

Al realizarse una auditoría del Documento de Ingreso de Enfermería durante el año 2010, se obtuvo un promedio de 69% de registros completos; lo cual se encontraba por debajo del 80% establecido como rango mínimo de calidad. Posterior a eso se realizaron intervenciones que podrían ser potenciadas con este trabajo de investigación y desarrollo.

Su participación consiste en conformar un grupo de enfermeras/os expertas del Hospital, para la realización de técnica Delphi que considera su opinión, respecto a los registros de ingreso de enfermería, en una primera fase se realizará de manera individual a través de cuestionarios breves y que tendrá 5 días hábiles para responder y luego una segunda fase similar que dará origen a una posterior discusión de los resultados de manera grupal; esta interacción será de 2 sesiones de 2 horas cada una y en torno a:

- Valoración de enfermería de la persona que ingresa al Centro de Costo Medicina.
- Diagnósticos de enfermería haciendo uso del sistema North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)
- Criterios de resultado haciendo uso del sistema Nursing Outcomes Classification (NOC)
- Intervenciones de enfermería, haciendo uso del sistema Nursing Interventions Classification (NIC).

Su identidad como participante no será revelada luego de realizar la técnica Delphi, ya que las opiniones que vierta usted durante la discusión son libres y sin reproche alguno; además los resultados sólo se verán reflejados en el software que se desarrollará.

El presente estudio no conlleva riesgos para usted como participante y sólo se trabajará con documentos relacionados con los registros de enfermería.

Ud. no incurrirá en gastos monetarios en ningún momento, estos serán asumidos completamente por la tesista, sólo se hará uso de su tiempo y disposición para la participación voluntaria y activa en el proceso.

Como participante tiene derecho a manifestar sus dudas en cualquier instancia del proceso y a retirarse si lo desea.



Cualquiera sea su decisión esta no tendrá ninguna repercusión, sin embargo se recomienda que avise previamente a la tesista, pudiendo comunicarse con ella a través del teléfono: 09/75166036 o al mail [romina.perez.m@hotmail.com](mailto:romina.perez.m@hotmail.com)

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriere, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

Si usted desea participar de este estudio, recibirá una copia de este documento, que acredite toda la información que usted ha leído previamente.

---

Romina Pérez Merino  
RUT: 16.4871.143-6

Valparaíso, Enero, 2014



Ficha de Consentimiento Informado para Enfermeras

Yo \_\_\_\_\_ R.U.N.: \_\_\_\_\_; yo declaro que he leído el Consentimiento Informado con respecto al estudio titulado "Diseño Software de registro informático para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario" a realizar por Romina Pérez Merino, profesional enfermera, del programa de Magíster en Enfermería, cursando en la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso.

Se me informó que el objetivo del estudio es desarrollar un software de registro informático para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario en Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso; lo cual será realizado durante el año 2013.

Participaré como parte de un grupo de enfermeras/os expertas del Hospital, para la realización de técnica de opinión Delphi, donde se me entregarán cuestionarios breves y que tendré 5 días hábiles para responder y entregar a la tesista; posterior se me informará con respecto a una reunión donde se expondrán los resultados obtenidos de los cuestionarios del grupo de expertos, para analizarlo y realizar nuevos aportes de ser necesario.

Se me ha informado que los cuestionarios serán en relación a:

- Valoración de enfermería de la persona que ingresa al Centro de Costo Medicina.
- Diagnósticos de enfermería prioritarios con uso del sistema North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)
- Criterios de resultado prioritarios con uso del sistema Nursing Outcomes Classification (NOC)
- Intervenciones de enfermería prioritarias con uso del sistema Nursing Interventions Classification (NIC).

Comprendo que mi identidad como participante no será revelada luego de realizar la técnica Delphi, ya que las opiniones que vierta durante la reunión con el grupo de expertos son libres.

Se me informó que el presente estudio no conlleva riesgos para mí como participante y sólo se trabajará con documentos relacionados con los registros de enfermería.

Yo no incurriré en gastos monetarios en ningún momento, ya que se me informó que estos serán asumidos por la tesista y sólo se hará uso de mi tiempo y disposición para la participación voluntaria y activa en el proceso.

Tengo claridad que como participante tengo derecho a manifestar mis dudas en cualquier instancia del proceso y a retirarme si lo deseo. Cualquiera sea mi decisión he comprendido que esta no tendrá ninguna repercusión, sin embargo se me recomendó que avise previamente a la tesista.

Estoy informada/o que esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si lo requiriera, puede contactarme con alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí, acepto participar en este estudio.

Nombre \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_

Romina Pérez Merino  
RUT: 16.4871.143-6

Contactos  
Teléfono: 09/75166036  
Mail: [romina.perez.m@hotmail.com](mailto:romina.perez.m@hotmail.com)

Valparaíso,..... enero, 2014



**SOLICITUD PARA LA APROBACIÓN DE  
INVESTIGACIÓN QUE INVOLUCRE AL SER HUMANO  
COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN O USO DE  
MUESTRAS HUMANAS**

**PRIMERO: ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

**1. TÍTULO:**

Software “NurseAA” de registro electrónico para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario en Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso.

**2. INVESTIGADOR  
RESPONSABLE:  
(si es tesis: nombre del  
estudiante)**

Nombre: Romina Pérez Merino

Teléfono: 032-2292655 / 09-75166036

Correo electrónico: romina.perez.m@hotmail.com

**3. INVESTIGADOR  
ALTERNO  
(si es tesis, nombre del  
Director)**

Cecilia Landman Navarro

Teléfono: 032-2507429

Correo electrónico: [Cecilia.landman@uv.cl](mailto:Cecilia.landman@uv.cl)

**4. COINVESTIGADORES**  
(si es tesis, nombre de co-  
directores)

--

Este proyecto de investigación utiliza:

Al ser humano como sujeto experimental (estudio clínico)	
Datos personales (encuestas o datos de fichas clínicas)	
Ambos	
Otros:  Documentos en blanco de ingreso de pacientes y estadísticas de patologías de ingreso al hospital.  Encuesta de opinión	<b>x</b>

**Uso interno del Comité**

Código/numeración de solicitud	
Fecha de recepción solicitud	
Fecha Acta de Evaluación	
Fecha de Seguimiento	

## 5. MARCO TEORICO, HIPOTESIS Y OBJETIVOS

**Pregunta investigativa:** ¿Mejorará la calidad del registro del ingreso de enfermería al diseñar un sistema de registro estandarizado digital?

**Problema:**

El profesional Enfermero, es responsable de incorporar en su labor la documentación de la atención de enfermería entregada a las personas en los centros hospitalarios, siendo el ingreso del paciente un importante proceso clínico que orienta hacia la calidad de los cuidados brindados.

Los registros de enfermería al ingreso de pacientes en unidades de mediana complejidad médica demandan un tiempo excesivo, lo cual los hace que sean deficientes en su llenado, referido a que no aportan la cantidad, ni calidad de información requerida para la continuidad de la atención. Se analizará el registro del Ingreso del usuario, siendo este el momento en que la Institución se hace responsable de sus cuidados.

**Antecedentes Generales:**

El Hospital Dr. Eduardo Pereira se encuentra en proceso de Acreditación como Hospital Autogestionado en Red, siendo un motivo fundamental para realizar planes de mejora con respecto a la calidad de la atención brindada a los usuarios.

Es por estos motivos que la propia institución, realizó una Auditoría del documento de Ingreso de Paciente, lo que permitió realizar una valoración inicial y estableciendo que sólo un promedio de 69% de éstos registros eran completos (Cea y Pérez, 2010); concluyendo que “La hoja de Ingreso de Enfermería, no recibe la importancia que tiene como base de dato al momento del ingreso del paciente, esto está demostrado por la escasas de datos registrados por el equipo de enfermería”. (Cea y Pérez, 2010).

Este es un problema generalizado que como refirió González en uno de sus estudios, un 67% del personal de enfermería no conoce la norma oficial de registros a pesar de tener capacitaciones constantes, siendo las causales la carga de trabajo con un 49% y luego la falta de unificación de criterios con un 25%, siendo los porcentajes de menor preponderancia el espacio insuficiente y conocimiento con un 16 y 10% respectivamente.(González, 2009)

Otra de las dificultades de los registros se visualiza en el estudio realizado en el Hospital de Manacor en España, que concluye que un 66,6% de las enfermeras entrevistadas refiere que los registros de enfermería no reflejan el trabajo efectuado por enfermería, a lo cual se agrega que un 46,6% de los entrevistados tenían dificultad para leer los registros (Hernández, Rodríguez, Gutiérrez & Bolaños, 2007).

El Hospital y principalmente las Unidades de Gestión del Cuidado utilizan en gran medida los registros; ya que deben ser capaces de organizar todos los recursos para brindar una atención de calidad a las personas, las cuales tienen derecho a que los documentos que contienen su información sean de calidad al igual que los cuidados recibidos, ya que son el sustento teórico objetivo de éstos.

***Objetivo General:***

Desarrollar un Software “NurseAA” de registro electrónico para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario en Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso. ***Objetivos Específicos***

- Identificar las afecciones de mayor incidencias en el: diagnóstico, intervenciones y evaluación según, NANDA, NIC y NOC
- Realizar un software piloto del Ingreso de Paciente y Plan de Cuidados inicial.
- Realizar mejora del piloto del Ingreso de Paciente y Plan de Cuidados inicial

**Bibliografía**

- Cea, A. M., & Romina, P. (2010). Auditoría Documento Ingreso de Enfermería. Valparaíso: Hospital Dr. Eduardo Pereira R.
- González, C. (8 de Mayo de 2009). [www.monografias.com](http://www.monografias.com). Recuperado el 15 de Septiembre de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto->

llenado-registros-clinicos-enfermeria/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria.shtml

- Hernández, D., Rodríguez, M. Á., Gutiérrez, M. J., & Bolaños, G. (2007). Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. Revista SEDEN, 15-22.

## **6. MATERIALES Y MÉTODOS**

El estudio utilizará la metodología Investigación y Desarrollo; dando inicio a la investigación a través de las estadísticas hospitalarias, documentos de registro en uso actualmente; para posteriormente desarrollar un software que cumpla con las características necesarias para implementarse en el Centro de Costo Medicina, el cual se obtendrá a través de la realización de técnica Delphi con las enfermeras clínicas, enfermera supervisora, enfermera encargada de la UGC y Subdirección de Enfermería; esta técnica permitirá obtener los datos más relevantes de la valoración para establecer un Proceso de Enfermería a través de NANDA, NIC y NOC de mayor relevancia para el Centro de Costo. Posteriormente se realizará una prueba piloto que dará origen al desarrollo final del software. Este estudio no considera experimentación, incorporación de datos personales ni consultas a usuarios atendidos; sólo revisión documental de estadísticas y formatos de documentos utilizados en el Hospital

## **7. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA Y RELEVANCIA DEL PROYECTO**

El Hospital se encuentra en proceso de Acreditación, por lo cual es de suma importancia la realización de cambios que mejoren la calidad de los registros de ingreso de los pacientes como indicador de calidad de la atención de Enfermería, siendo un aporte sustancial a las Unidades de Gestión del Cuidado.

La metodología a utilizar es de Investigación & Desarrollo es un tipo de investigación orientado hacia la innovación, el cual sigue etapas tales como: i) investigación y revisión de literatura ii) planeación

iii) Desarrollo del nuevo producto, iv) prueba operacional de campo v) plan de evaluación vi) implementación (Borg 1983) Se trabajará en conjunto con el equipo de enfermería y el equipo electrónico del Hospital, haciendo uso de técnica Delphi en consulta a enfermeras expertas para determinar los ítems requeridos en el instrumento que se diseñará. Para el diseño del soft-ware se trabajará de manera colaborativa con el equipo electrónico del Hospital.

La relevancia del estudio está fundamentada en el aporte de una herramienta para optimizar la gestión del cuidado en el centro de costo de medicina del Hospital E. Pereira. Estudios indican que la existencia de registros electrónicos ha permitido mejorar el promedio del tiempo de registro utilizado por el equipo de enfermería, lo cual ha sido inversamente proporcional con el tiempo destinado a la atención de las personas. (Becerra R. y Caballero É, 2007) Otro estudio relacionado con los registros de Enfermería realizado en el Hospital Juan Canalejo de España, concluyó que los registros de enfermería mejoraron notablemente al hacerlos de forma digital, siendo un aporte para la profesión y el cuidado de los pacientes; lo cual reafirma el gran aporte que son los registros digitales. (Puga, Estrada, Novo, Sabio & Cid, 2008)

## SEGUNDO: VALORACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

1. Este estudio evalúa una práctica clínica (fármacos, aparatos, radiaciones, procedimientos quirúrgicos, otros).	SI		NO	<b>X</b>
2. La práctica clínica considerada en este estudio es invasiva y/o puede potencialmente causar algún grado de malestar, daño físico al paciente, estrés físico o psicológico u otro.	SI		NO	<b>X</b>

3. La práctica clínica considerada en este estudio no es de rutina y puede resultar desconocida para el paciente.	SI		NO	<b>X</b>
4. La práctica clínica considerada en este estudio beneficiará directa o indirectamente a los pacientes participantes.	SI		NO	<b>X</b>
<p>Los pacientes podrían verse beneficiados posteriormente de manera directa al registrarse su Ingreso de Enfermería de manera electrónica, pudiendo mejorar la calidad de la atención al existir la posibilidad de contar con más tiempo por parte del equipo de Enfermería</p>				
5. El propósito de la práctica clínica considerada en este estudio será conocida por los pacientes participantes.	SI		NO	<b>X</b>
<p>El estudio no considera participación de los pacientes, ya que se realizará un modelamiento del software para la gestión del cuidado al ingreso de los pacientes al Hospital, por lo que no se tendrá acceso a los datos de los usuarios y sólo será el equipo del Hospital el encargado de su potencial enlace con la base de datos de los pacientes, luego de ser entregado el modelo de software por parte de la tesista al departamento de informática como producto final.</p>				
<p>6. Explique cómo serán reclutados y seleccionados los pacientes participantes de esta práctica clínica. Detalle cómo, cuándo, dónde y por quién y si se utilizará algún tipo de medio escrito o de comunicación para reclutar (recuerde anexar cualquier documentación). Especifique también si se ofrecerá alguna remuneración monetaria o de otro tipo a los participantes.</p>				

No participarán pacientes, si lo hará un grupo de enfermeras del Hospital, las cuales han sido seleccionadas por pertenecer el equipo de enfermeras del CC Medicina, además de participará la encargada de Gestión del Cuidado y la Subdirectora de Enfermería; todos los participantes recibirán la encuesta de opinión y el consentimiento informado, que les dará la opción de participar o no en el estudio, de manera voluntaria.

7. Señale si en este estudio participará una compañía farmacéutica u otra entidad comercial.	SI		NO	X
8. Tienen los investigadores afiliación o algún compromiso económico o de otra naturaleza con la compañía especificada en el punto 7.	SI		NO	X
9. ¿Tienen los investigadores afiliación o algún compromiso económico o de otra naturaleza con alguna compañía o institución no especificada en el punto 7 pero que pudiera estar interesada o beneficiarse por el desarrollo de esta investigación?	SI		NO	X
10. ¿Esperan los investigadores obtener algún beneficio económico u otro directo o indirecto, con el desarrollo de este estudio?	SI	X	NO	

El único beneficio para la tesista es la obtención del Grado de Magíster en Enfermería a través del desarrollo del proyecto.				
11. ¿Han sido impuestas las condiciones sobre el uso, publicación o propiedad de los resultados?	SI	<b>X</b>	NO	
El software desarrollado será de propiedad compartida del tesista y del Hospital Dr. Eduardo Pereira R. para su aplicación y mejoramiento futuro.				
12. ¿Se recolectarán, utilizarán o divulgarán datos personales (registros o fichas clínicas, datos de prácticas clínicas públicas y privadas, u otras) sin el consentimiento de las personas a las que pertenecen los datos?	SI		NO	<b>X</b>
13. Este estudio utiliza encuestas, entrevistas u otras formas para obtener datos personales directamente desde las personas.	SI		NO	<b>X</b>
La encuesta a realizar con el equipo de enfermeras del hospital, no recoge datos personales y se realiza de manera anónima; al presentar los resultados obtenidos luego de la técnica de Delphi, no se dará a conocer las opiniones entregadas por los participantes de manera individualizada.				
14. Las encuestas, entrevistas u otros, serán realizadas bajo consentimiento informado.	SI	<b>X</b>	NO	
Si, se adjunta formulario de Consentimiento Informado				

15. La obtención de los datos personales expone a los participantes en alguna situación que pueda vulnerar su dignidad, causar daño emocional, moral u otro.	SI		NO	<b>X</b>
No se trabajará con datos personales de los usuarios, sólo con formatos de documentos de ingresos de pacientes y datos estadísticos generales para determinar características del software a desarrollar de acuerdo a afecciones más frecuentes de hospitalización.				
16. El diseño experimental especifica el destino de los datos personales y asegura confidencialidad.	SI		NO	<b>X</b>
Los datos se mantendrán en archivos personales de la tesista y serán utilizados solo con el fin de desarrollar el proyecto de I&D, una vez finalizado los materiales serán entregados a la subdirección de enfermería para la gestión y aplicación; a pesar de no contener datos personales ni tener acceso a la base de datos del Hospital.				
17. El diseño del estudio considera la inclusión de individuos vulnerables.	SI		NO	<b>X</b>
18. ¿Existen algunas otras consideraciones éticas que deban ser evaluadas?	SI		NO	<b>X</b>

### TERCERO: ANEXOS

A continuación, indique qué documentos han sido anexados a este formulario. Especifique en cada línea los documentos anexados.

Carta aceptación realización tesis Director del Hospital Dr. Eduardo Pereira
Formulario N° 20
Consentimiento Informado
Ficha de Consentimiento Informado
CV de la tesista
Contrato de Autoría
Instrumento de técnica Delphi
Instructivo de instrumento técnica Delphi
Solicitud Comité ética Facultad de Medicina

### CUARTO: COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

**El investigador responsable individualizado en la primera página de esta solicitud, declara que toda la información descrita en este formulario corresponde a la verdad y se compromete a un desarrollo bioético de su investigación.**

<b>TESISTA</b>	<b>PROFESORA GUIA</b>
----------------	-----------------------

## Anexo N° 7: Acta de evaluación bioética



FACULTAD DE MEDICINA  
Comité de Bioética  
para la Investigación

### ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 5/2014

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Josephine Bratz, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; Patricia Herrera, educadora de párvulos; y Claudia Miranda, psicóloga, en su sesión del día 23 de enero de 2014, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Diseño Software de registro informático para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario”, presentado por la investigadora responsable Romina Pérez Merino, adscrita al programa de Magíster en Enfermería de de esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 36/2013, versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Ficha de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son los participantes de esta investigación.
3. *Curriculum Vitae* del investigador responsable.
4. Carta de autorización del Director del Hospital Eduardo Pereira.
5. Instrumento Delphi, para obtención de Información para Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar una herramienta para optimizar la gestión del cuidado en el centro de costo de medicina del Hospital E. Pereira.
3. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.



4. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.
5. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
6. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en el Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso durante el año 2014, bajo la supervisión de la investigadora responsable, Romina Pérez Merino.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria  
Presidenta





Ivanny Marchant Ramirez  
Secretaria

Valparaíso, 23 de enero de 2014

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina

Anexo N° 8: Solicitud de autorización de realización de investigación y desarrollo de software ingreso de enfermería



FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO ENFERMERIA  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

Valparaíso, 28 de Agosto, 2013

Para: Sr. Dr. José Miguel Verschaure Soto

Director Hospital Dr. Eduardo Pereira R. Valparaíso

De: Sra. Cecilia Landman Navarro

Directora Postgrado Enfermería

Ref: Solicitud Autorización de realización Investigación y Desarrollo de Software  
Ingreso de Enfermería

---

Junto con saludarlo, la presente tiene por objeto solicitar la autorización para realizar un proyecto de Investigación y Desarrollo. Estudio basado en el *“Ingreso de Enfermería”*, para lo cual se desarrollará un software que permita el registro electrónico del ingreso de los usuarios al hospital en el Centro de Costo Medicina. Lo anterior, será realizado como trabajo de tesis por la Srta. Romina Pérez Merino, profesional enfermera, del programa de Magíster en Enfermería, que cursa en la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso.

**Objetivo general**

Desarrollar Software de registro electrónico para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario en Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso.

**Metodología:**

Investigación & Desarrollo, es una metodología que considera las etapas necesarias para proponer el diseño de un producto que apoye al mejoramiento de la calidad de la gestión del cuidado, a través del diseño y prueba de aplicación de un instrumento electrónico para el ingreso de los pacientes en el Centro de Costo de Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso, que además considera los principales diagnósticos de enfermería de los usuarios del Centro de Costo y determinar el plan de cuidados ad-hoc para las necesidades del usuarios y capacidades del equipo de enfermería. Se realizará un trabajo participativo con el equipo de enfermería e electrónico del hospital, logrando obtener su visión y experiencia adquirida en la atención de los usuarios y desarrollo de plataformas informáticas.

**Etapas:**

1. Revisión de los documentos empleados en la actualidad durante el ingreso de paciente en el Centro de Costo Medicina, siendo estos: Ingreso de Enfermería, Hoja de registro Diario, Pauta de Evaluación Braden-Bergstrom y Pauta de Evaluación Downton.
2. Revisión y análisis de estadísticas de ingresos de pacientes al Centro de Costo Medicina, para la obtención de las afecciones de mayor incidencia al ingreso.
3. Identificación de la información más relevante del proceso de valoración del paciente ingresado.
4. Identificación de la información más relevante para identificar diagnósticos de enfermería, indicadores de resultado e intervenciones de enfermería de mayor relevancia y acorde a las características de los usuarios que ingresan al Centro de Costo Medicina.
5. Aplicación de técnica Delphi de acuerdo a la opinión de las enfermeras clínicas y gestoras del cuidado, con respecto a:

- a. Información necesaria en la valoración del paciente que ingresa.
  - b. Diagnósticos de enfermería más relevantes del centro de costo, haciendo uso del sistema North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)
  - c. Criterios de resultado más relevantes, de acuerdo a diagnósticos de enfermería, haciendo uso del sistema Nursing Outcomes Classification (NOC)
  - d. Intervenciones de enfermería más relevantes, de acuerdo a diagnósticos de enfermería, haciendo uso del sistema Nursing Interventions Classification (NIC).
6. Desarrollo de la versión digital del instrumento de ingreso de los pacientes, con las características necesarias para la realización de un plan de cuidados basado en Taxonomía NNN.
  7. Prueba piloto del instrumento de ingreso.
  8. Evaluación de prueba piloto del instrumento de ingreso, realizando las modificaciones necesarias para establecer un plan de cuidados estandarizado, pero flexible a las necesidades de los usuarios del Centro de Costo Medicina.
  9. Desarrollo final de software para su aplicación.

**Temporalidad:**

3 meses.

**Lugar:**

Centro de Costo Medicina.

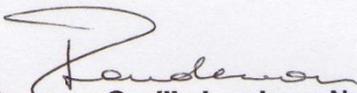
Cabe destacar, que esta investigación no considera instrumentación a pacientes, familia ni personal, sólo se realizarán pruebas piloto del software realizadas con colaboración de personal de enfermería, lo que no incluye datos personales de ninguna persona; sólo se realizará una revisión de los documentos utilizados en el

Centro de Costo y las estadísticas necesarias para la realización de la Investigación.

Además, cabe destacar, que sólo se realizará un modelamiento del Software, que será entregado posteriormente a Subdirección de Enfermería y al Jefe CR Gestión de la Información del Hospital Eduardo Pereira R., para ser potencialmente enlazado con la base de datos del Hospital; manteniendo así la confidencialidad y resguardo de la información de los usuarios; ya que estos últimos no serán entregados en ningún momento a la tesista.

Los beneficios derivados de la investigación y desarrollo, pueden significar un potencial aporte a la disciplina de Enfermería y a la Gestión del Cuidado, además de la ventaja competitiva que significaría en un Hospital Autogestionado en Red, la incorporación de los sistemas electrónicos a la atención de Enfermería, al ser un avance tecnológico integral de un momento crucial en el proceso de ingreso del usuario.

Agradeciendo de antemano las gestiones necesarias para permitir la realización de este estudio, se despide atentamente



**Azucena Cecilia Landman Navarro**  
5.357.964-7

**Cecilia Landman Navarro**  
**Directora Postgrado y Pos título**  
**Escuela de Enfermería**

## Instructivo de Técnica Delphi

*Técnica Delphi: Software “NurseAA” de registro informático para el Ingreso de Enfermería y Plan de Cuidados del Usuario en Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R., Valparaíso.*

La metodología de la Técnica Delphi, consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre algún tema, a través de cuestionarios anónimos y en rondas sucesivas, con el objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes.

### 1.- ASPECTOS GENERALES

**Objetivo:** Brindar una guía para la correcta aplicación de la Técnica Delphi, con respecto a la información considerada como de mayor relevancia por parte del equipo de enfermería en la realización del Ingreso y Plan de Cuidados del Usuario del Centro de Costo Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira R.

**Participantes:** Grupo de expertos profesionales de Enfermería, conformado por staff de Centro de Costo Medicina, enfermera supervisora, enfermera de calidad y subdirectora de Enfermería

### 2.- APLICACIÓN

- La técnica será realizada por Romina Pérez Merino, profesional enfermera del Programa Magíster en Enfermería, cursado en la Universidad de Valparaíso.

- Se le entregará un cuestionario y tendrá un máximo de 5 días para responderlo y entregarlo a la tesista, la cual lo analizará junto con los del grupo de expertos y concluirá si es necesario repetir el procedimiento con un nuevo cuestionario para obtener mayor información.
- Posterior a la entrega de este cuestionario inicial, se le entregarán un número indeterminado de nuevos cuestionarios, que dependerán del consenso de los resultados obtenidos en esta primera parte.

### **3.- DESCRIPCIÓN GENERAL**

El instrumento inicial consta de 2 partes:

#### **Parte A:**

Tiene por objetivo identificar la información básica más relevante el momento de realizar el Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería, considerando la información actual que se utiliza en el Centro de Costo Medicina, buscando incorporar en un solo instrumento lo necesario para cumplir con todos los requerimientos que actualmente se consideran en el documento de ingreso de paciente, pauta de riesgo de UPP y Caídas, categorización de paciente de acuerdo a dependencia.

Se debe marcar con una cruz (“X”) UNA de las alternativas: “SI se debe considerar” o “NO se debe considerar”; de acuerdo a los elementos que usted cree que deberían ser incorporados en la realización del software de Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería; además se puede escribir algún tipo de observación con respecto a cada uno de los elementos listados.

También se encuentra un espacio en blanco al final de la tabla, en caso que usted desee incorporar algún tipo de información que no se encuentre en la lista entregada.

**Parte B:**

Tiene por objetivo identificar los diagnósticos de enfermería de taxonomía NANDA, considerados de mayor importancia y frecuencia de atención según el equipo de profesionales de enfermería del Centro de Costo Medicina.

Se debe marcar con una cruz (“X”) de acuerdo al puntaje asignado, según la importancia y frecuencia que considera el profesional de enfermería; brindando mayor puntaje (5) a los que considere de mayor importancia y frecuencia, y por el contrario a los que considere menos importantes e infrecuentes, asigne puntaje (1), pudiendo establecer puntajes intermedios.

También se encuentra un espacio en blanco al final de la tabla, en caso que usted desee incorporar algún tipo de información que no se encuentre en la lista entregada.

**3.- Tiempo de entrega**

El profesional de enfermería que decida participar del estudio, tendrá 5 días para entregar su cuestionario a la tesista o informarle en caso de retraso, para acordar un nuevo plazo.

## Técnica Delphi

### *“Información Necesaria para el Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería”*

#### PARTE A

Con respecto a la información necesaria para la realización del ingreso del usuario al Centro de Costo Medicina en la actualidad, marque con una cruz (“X”), en la casilla correspondiente, de acuerdo a su apreciación con respecto a si estos datos deberían ser considerados o no en la realización de un software de Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería.

Además, existe un casillero en blanco, que permite realizar algún tipo de observación si así lo desea.

<i>Información considerada en la actualidad para la realización del Ingreso y Plan de Cuidados de Enfermería</i>		<b>SI</b> se debe considerar	<b>NO</b> se debe considerar	<i>Observaciones</i>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>	Fecha			
	Hora			
	Nombre			
	RUT			
	Categorización			
	Médico Tratante			
	Peso			
	Talla			
	Edad			

	Coordinador Familiar			
	Teléfono			
	N° de Ficha			
	Centro de Costo			
	Sala			
	Cama			
	Procedencia			
	Cuenta Corriente			
	Domicilio			
	Diagnóstico Médico			
<b>SIGNOS VITALES</b>	Presión Arterial			
	Pulso			
	Temperatura			
	Frecuencia Respiratoria			
	Oximetría			
	Dolor			
<b>DOCUMENTACIÓN</b>	Trae Orden de Hospitalización			
	Trae Hoja de Epicrisis			
	Trae Historia Clínica			
	Trae exámenes radiológicos			
	Trae exámenes sanguíneos			
	Trae Indicaciones Médicas			
	Trae Pertenencias Personales			
	Se le orientó en el servicio			
	Se le entrega tríptico informativo			
	Pulsera de Identificación			
	Medicamentos que utiliza			
	Medicamentos que trae			

<b>ANTECEDENTES</b>	Caídas Previas			
	Déficit Sensorial			
	Antecedentes mórbidos			
	Alergia a algún medicamento			
	Capacidad de deambulaci3n			
	Capacidad de Vestirse			
	Capacidad de Eliminaci3n			
	Estado Nutricional			
	Apoyo psicosocial y emocional			
	Vigilancia requerida			
	Higiene			
	Nivel de conciencia			
	Estado de la Piel			
	Uso de prótesis			
	Úlceras por presi3n			
	Heridas			
	Hábitos			
	Medios invasivos			
	Capacidad de alimentaci3n			
	Balance Hídrico			
Oxigenoterapia				
Riesgo de lesi3n cutánea				

En el siguiente recuadro puede registrar alguna otra informaci3n que usted crea que deba considerarse en la realizaci3n del software

## PARTE B

Con respecto a los Diagnósticos de Enfermería al ingreso del usuario al Centro de Costo Medicina en la actualidad, marque con una cruz (“X”), en la casilla correspondiente, de acuerdo a su apreciación con respecto a la importancia y frecuencia de éstos; brindando mayor puntaje (5) a los que considere de mayor importancia y frecuencia, y por el contrario a los que considere menos importantes e infrecuentes, asigne puntaje (1), pudiendo establecer puntajes intermedios.

Además, existe un casillero en blanco, que permite realizar algún tipo de observación si así lo desea.

<b><i>Riesgo de caídas</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Deterioro de la movilidad en la cama</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Limitación del movimiento independiente para cambiar postura en la cama.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Deterioro de la movilidad física</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Náuseas</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Dolor agudo</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionada por una lesión tisular real o potencial o	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final					
<b><i>Dolor crónico</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Disminución del gasto cardíaco</i></b>	<b>Puntaje</b>				
La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Patrón respiratorio ineficaz</i></b>	<b>Puntaje</b>				
La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Perfusión tisular periférica ineficaz</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de Shock</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b><i>Deterioro de la ventilación espontánea</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Deterioro de la eliminación urinaria</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Disfunción en la eliminación urinaria.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de infección</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de asfixia</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Aumento del riesgo de asfixia accidental (aire disponible para la inhalación inadecuado)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de aspiración</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Riesgo de que penetren en el árbol traquebronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de caídas</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Déficit de volumen de líquidos</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Exceso de volumen de líquidos</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Aumento de la retención de líquidos isotónicos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b><i>Riesgo de sangrado</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de desequilibrio electrolítico</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Confusión aguda</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Confusión crónica</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad de interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Hipertermia</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de nivel de glucemia inestable.</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Limpieza ineficaz de la vías aéreas</i></b>	<b>Puntaje</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.					
<b><i>Deterioro del intercambio de gases</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Deterioro de la integridad tisular</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Lesión de la membrana mucosa, corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Riesgo de alteración cutánea adversa.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><i>Deterioro de la integridad cutánea</i></b>	<b>Puntaje</b>				
Alteración de la epidermis y/o la dermis	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Anexo N° 11: Análisis instrumentos ingreso de enfermería, parte A

<b>Instrumentos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Prom</b>	<b>Análisis</b>
<b>Identificación del Paciente</b>										
Fecha	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Hora	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Nombre	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
RUT	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Categorización	2	2	2	2	2	2	2	2	1,875	NO
Médico Tratante	2	2	2	2	2	2	2	0	1,75	NO
Peso	2	2	2	2	2	2	0	2	1,5	NO
Talla	2	2	2	2	2	2	0	2	1,5	NO
Edad	2	2	2	2	2	2	2	2	1,875	NO
Coordinador Familiar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Teléfono	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
N° de Ficha	2	2	0	2	2	2	0	2	1,5	NO
Centro de Costo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Sala	2	2	2	2	0	2	2	2	1,625	NO
Cama	2	2	2	2	0	2	2	2	1,625	NO
Procedencia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Cuenta Corriente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Domicilio	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Diagnóstico Médico	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
<b>Signos Vitales</b>										
Presión Arterial	2	0	2	2	2	2	2	2	1,75	NO
Pulso	2	0	2	2	2	2	2	2	1,75	NO
Temperatura	2	0	2	2	2	2	2	2	1,75	NO
Frecuencia Respiratoria	2	0	2	2	2	2	2	2	1,625	NO
Oximetría	2	0	2	2	2	2	2	2	1,625	NO
Dolor	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI

<b>Documentación</b>										
Trae Orden de Hospitalización	0	2	2	2	2	2	2	2	1,75	NO
Trae Hoja de Epicrisis	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Trae Historia Clínica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI

Trae exámenes radiológicos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Trae exámenes sanguíneos	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1,75	NO	
Trae Indicaciones Médicas	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1,75	NO	
Trae Pertenencias Personales	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,875	NO	
Se le orientó en el servicio	2	0	2	2	2	2	2	2	0	1,5	NO	
Se le entrega tríptico informativo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI	
Pulsera de Identificación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI	
Medicamentos que utiliza	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1,75	NO	
Medicamentos que trae	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI	
<b>Antecedentes</b>												
Caídas Previas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Déficit Sensorial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Antecedentes mórbidos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Alergia a algún medicamento	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Capacidad de deambulaci3n	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Capacidad de Vestirse	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1,75	NO	
Capacidad de Eliminaci3n	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Estado Nutricional	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1,75	NO	
Apoyo psicosocial y emocional	2	2	0	2	2	2	2	2	0	1,5	NO	
Vigilancia requerida	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Higiene	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Nivel de conciencia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Estado de la Piel	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Uso de prótesis	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Úlceras por presi3n	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Heridas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Hábitos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Medios invasivos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Capacidad de alimentaci3n	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Balance Hídrico	0	2	0	0	2	2	2	2	0	1	NO	
Oxigenoterapia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI
Riesgo de lesi3n cutánea	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	SI

Anexo N° 12: Análisis instrumentos ingreso de enfermería, parte B

<b>Instrumentos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Prom</b>	<b>Análisis</b>
<b>Necesidades NANDA/ Puntajes</b>										
Riesgo de caídas	4	5	4	5	5	5	5	5	4,75	SI
Deterioro de la movilidad en la cama	5	5	4	5	3	5	4	5	4,50	
Deterioro de la movilidad física	5	4	5	5	4	5	4	4	4,50	
Náuseas	2	3	5	5	4	2	2	3	3,25	
Dolor agudo	3	5	5	5	5	4	2	3	4,00	
Dolor crónico	3	3	5	5	4	3	3	3	3,63	
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	4	3	5	5	4	3	4	4	4,00	
Disminución del gasto cardíaco	3	5	4	5	5	4	4	5	4,38	
Patrón respiratorio ineficaz	5	4	5	5	5	4	5	5	4,75	SI
Perfusión tisular periférica ineficaz	3	3	5	5	4	4	4	4	4,00	
Riesgo de Shock	3	5	5	5	5	5	5	4	4,63	
Deterioro de la ventilación espontánea	4	5	5	5	5	5	4	4	4,63	
Deterioro de la eliminación urinaria	3	5	4	5	4	5	4	5	4,38	
Riesgo de infección	2	3	4	4	4	5	4	2	3,50	
Riesgo de asfixia	2	3	5	5	5	5	5	4	4,25	
Riesgo de aspiración	2	5	5	5	4	5	5	1	4,00	
Déficit de volumen de líquidos	3	2	4	5	4	4	5	5	4,00	
Exceso de volumen de líquidos	3	2	4	5	4	4	5	3	3,75	
Riesgo de sangrado	3	5	5	5	4	5	5	3	4,38	
Riesgo de desequilibrio electrolítico	3	3	4	5	4	5	5	1	3,75	
Confusión aguda	2	5	5	5	3	5	5	5	4,38	
Confusión crónica	2	2	5	5	3	5	4	3	3,63	

Hipertermia	5	5	4	5	3	3	4	5	4,25	
Riesgo de nivel de glucemia inestable.	4	5	4	4	4	4	4	4	4,13	
Limpieza ineficaz de la vías aéreas	3	4	5	5	3	4	4	5	4,13	
Deterioro del intercambio de gases	3	3	4	5	4	4	4	4	3,88	
Deterioro de la integridad tisular	3	3	4	5	4	4	4	1	3,50	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	5	3	4	5	4	4	4	5	4,25	
Deterioro de la integridad cutánea	5	5	4	5	4	5	5	5	4,75	SI