



Universitat
de Lleida



iberus
Campus d'Excel·lència
Internacional

Análisis de la calidad de los registros de enfermería en una UCI pediátrica: estudio pre y post intervención

Trabajo de fin de máster

Alumna: Nerea Santos Ibáñez

Directora: M^a Luisa Guitard Sein-echaluce

Máster en Investigación en Salud

Facultad de Enfermería

Curso académico 2012-2013

Fecha de presentación: Julio 2013

Dedicatoria:

*A Unai, lo mejor que me pude encontrar
un lunes en Gernika.*

Agradecimientos:

*A Auro y Jasone por acompañarme en esta aventura
y mostrarme las diferentes caras de la misma moneda.*

A Luisa por ser mi guía.

ÍNDICE:

1. Introducción	1
1.1. Antecedentes	2
1.1.1.El lenguaje enfermero estandarizado (LEE)	2
1.1.2.Implementación del LEE	5
1.1.3.Situación del LEE en las unidades de críticos	7
1.2. Justificación	9
1.2.1.Legislativa	9
1.2.2.Dentro del plan estratégico del H.U. Cruces 2010-2013	9
1.2.3.Dentro de la situación actual de la UCIP	11
2. Hipótesis y objetivos	13
2.1. Hipótesis	13
2.2. Objetivos	13
3. Plan de estudio:	14
3.1. Tipos de estudio	14
3.2. Contexto	14
3.3. Participantes en el estudio	15
3.3.1.Población	15
3.3.2.Unidad muestral	15
3.3.3.Muestreo	16
3.3.4.Tamaño muestral	17
3.4. Intervención	19
3.5. Variables:	20
3.5.1. Variables dependientes	20
3.5.2. Variable independiente	21
3.5.3. Covariables	22
3.6. Recogida de información	28
3.7. Valoración de la validez del estudio	31
3.8. Previsión del análisis de datos	33
3.9. Aspectos éticos y legales	34
3.10.Presupuestos	35
3.11.Cronograma	36
4. Bibliografía	37
Anexos	41

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS:

ADC: Mensajes de ayuda a las decisiones clínicas

ART: Catéter arterial

CVC: Catéter venoso central

DP: Diálisis peritoneal

ECMO: Oxigenación con membrana extracorpórea

EFMQ: European foundation for quality management (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)

H: Hemofiltro

HU: Hospital Universitario

ICIP: IntelliVuE Clinical Information Portfolio. Sistema de registro de salud electrónico en uso en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos del H.U. Cruces

LEE: Lenguaje enfermero estandarizado

NSPO: resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera

PES: Problema, etiología, signos y síntomas

RCG: Razonamiento clínico guiado

RD: Real decreto

RSE: Registro de salud electrónico

UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátricos

VMI: Ventilación mecánica invasiva

VMNI: Ventilación mecánica no invasiva

RESUMEN:

Introducción: Los registros de enfermería son una fuente esencial de información sobre la situación de los pacientes y la garantía de la eficiencia en la práctica enfermera y la continuidad de cuidados. El LEE nos permite unificar prácticas y hacer visible la labor enfermera.

Objetivo: Determinar el impacto en la calidad de los registros de enfermería de la UCIP del H.U. Cruces de una intervención de formación sobre LEE y la repercusión en el nivel de satisfacción del personal respecto al registro de cuidados con LEE.

Plan de estudio: Realizaremos un estudio cuasi- experimental (pre y post intervención). La población de estudio serán los episodios de ingreso en la UCIP del H.U. Cruces de las historias clínicas y el muestreo será aleatorio simple. Analizaremos una muestra de *263 episodios de ingreso* en cada grupo. El tiempo estimado para nuestro estudio será de 7 meses antes y después de la intervención. La intervención consta de 6 meses de formación en los que se impartirá 1 sesión formativa al mes de 2 horas de duración. Las variables dependientes son la calidad de los registros de enfermería, que se medirá mediante la escala Q-DIO adaptada y validada para UCIP, y la satisfacción de los profesionales de enfermería de la UCIP HU Cruces, que se medirá mediante una encuesta de satisfacción de elaboración propia. La variable independiente es el plan de formación en LEE al personal de enfermería de la unidad.

Valoración de la validez del estudio: La validez interna del estudio dependerá la representatividad de los episodios de ingreso estudiados y de las no respuestas en las encuestas de satisfacción de los profesionales de enfermería. Para evitar los errores sistemáticos, se asegurará la aleatorización de los episodios de ingreso a estudiar (sesgo de selección) y la valoración de las encuestas por sujetos instruidos para esta labor (sesgo de información). Para generalizar los resultados a otras poblaciones serían necesarios más estudios semejantes o estudios multicéntricos. Como principal factor de confusión tendremos en cuenta la sobrecarga laboral de los profesionales de enfermería.

Previsión del análisis de datos: Para la recogida y análisis de los datos se utilizará el SPSS versión 20.0. Las variables cuantitativas se presentarán en forma de media y desviación típica y se representarán mediante diagramas de cajas. Realizaremos una comparación de las medias con la T de Student. Las variables cualitativas se presentarán en forma de proporciones y porcentajes y se representarán en diagramas de barras. Se compararán las proporciones con prueba de Mc Nemar.

1. INTRODUCCIÓN:

Los registros de enfermería son una fuente esencial de información sobre la situación de los pacientes y la garantía de la eficiencia en la práctica enfermera y la continuidad de cuidados. Nos permiten evaluar nuestra labor, comunicarnos con otros profesionales y comparar diferentes alternativas con el fin de elegir la más adecuada para cada situación clínica. Eso nos muestra la responsabilidad profesional y legal que supone la documentación en enfermería y la necesidad de elaborar estrategias para asegurar su calidad y pertinencia, así como la importancia de que sean realizados por un lenguaje común para todos los profesionales.

Tradicionalmente estos registros se han venido realizando por medio de “texto libre” o con diferentes herramientas elaboradas para este fin en cada unidad o centro. Según González Jurado (2006) esto provocaba una ausencia de lenguaje común en la práctica diaria de las enfermeras en nuestro país (1). De esta forma, se hacía palpable la dificultad en la comparación de datos entre las unidades de un mismo hospital y entre los diferentes centros, dejando a la profesión enfermera al margen de estudios de investigación que puedan poner de manifiesto cómo avanza la profesión, visibilicen el cuidado y demuestren la aportación de enfermería a la evolución del paciente. Esta carencia también puede esconder las necesidades reales de recursos humanos y materiales de los profesionales de este colectivo, impidiendo a los gestores adecuar el número de profesionales de enfermería a las necesidades reales y poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes.

Estudios en nuestro país indican que la práctica profesional de las enfermeras se basa más en los usos generales de la profesión que en la aplicación estricta del método científico (1). El lenguaje enfermero estandarizado (LEE) dota de evidencia científica a la práctica enfermera y permite la comparación de los registros entre diferentes unidades o centros al ser un lenguaje utilizado a nivel internacional. El LEE según Thoroddsen (2007) proporciona definiciones comunes de los conceptos de enfermería y promueve el entendimiento y la continuidad de cuidados compartidos (2). En nuestro país el RD 1093/2010 obliga la utilización del LEE, por medio de diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, en las historias clínicas (3).

Sin embargo, el uso de este lenguaje no es familiar para todos los profesionales y hace falta un conocimiento óptimo de sus características y relaciones para conseguir realmente mejorar la calidad de los registros y una repercusión en la situación de salud de los pacientes. Las investigaciones demuestran que las enfermeras deben ser entrenadas en relación al uso de los diagnósticos de enfermería NANDA (Lunney, 2003), la relación con los resultados NOC y la elección pertinente de intervenciones NIC dirigidas a la consecución de objetivos (Lee, 2005) (4,5). Este lenguaje se debe adaptar a cada unidad con el fin de ser un reflejo de la práctica diaria y de las necesidades de cada paciente para ser realmente útil. Esto hace necesario que el equipo de enfermería de cada unidad reflexione sobre el lenguaje enfermero disponible para conseguir definir con la mayor precisión las situaciones de salud presentes en su ámbito de actuación.

El objetivo de nuestro estudio es determinar el impacto en la calidad de los registros de enfermería de la UCIP del H.U. Cruces de una intervención de formación sobre LEE y la repercusión en el nivel de satisfacción del personal respecto al registro de cuidados con LEE.

1.1. Antecedentes:

1.1.1. El Lenguaje estandarizado:

El lenguaje estandarizado facilita la documentación escrita y es esencial para los registros electrónicos de salud (Thoroddsen, 2005) (6). No solo nos permite la comunicación entre los profesionales de un mismo centro de trabajo, sino que, al ser un lenguaje común e internacional permite la comunicación y comparación entre diferentes centros, incluso países o estados. Esto nos permite unificar prácticas y hacer visible la labor enfermera.

El LEE que vamos a utilizar en nuestro estudio es el definido por los diagnósticos NANDA (NANDA-Internacional, 2012-2014), los resultados NOC (Moorhead et al., 2008) y las intervenciones NIC (Bulechek et al., 2008), por ser el que exige la legislación vigente y el que está en uso en nuestra unidad desde Noviembre de 2012 (7, 8, 9).

- Definimos los Diagnósticos de Enfermería NANDA como Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales y potenciales o procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de salud de los que es responsable la enfermera (NANDA Internacional, 2005). Son definidos por Gordon (1994) como proceso y como producto:
 - ✓ Diagnóstico como proceso se refiere al proceso de análisis de datos, considerando la variedad de diagnósticos posibles e indicando un diagnóstico.
 - ✓ Diagnóstico como producto es la formulación completa y correcta, según el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas).

- Los Resultados NOC se describen como “cambios en el estado de salud del paciente como resultado de las intervenciones de enfermería” (Maas y cols, 1996). Un resultado es un estado, comportamiento o percepción medible del individuo, familia o comunidad que puede ser medido a lo largo de un continuum y es sensible a intervenciones de enfermería (Morhead y cols 2004). Los cambios en el estado del paciente incluyen síntomas, estado funcional, estado de conocimientos, estrategias de afrontamiento y otras respuestas como el autocuidado. En nuestro caso, con el término paciente nos referimos al niño y sus padres o tutores. Los resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera (NSPO) son aquellos en los que la enfermera es responsable de su consecución (Delaney y cols 1992; Van der Bruggen & Groen 1999). Según la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa (2004), cada resultado tiene:
 - ✓ Una definición
 - ✓ Una lista de indicadores, que pueden ser usados para evaluar el estado del paciente en relación al resultado
 - ✓ Una calificación de los resultados de destino, para identificación de la fuente de datos
 - ✓ Una escala Likert de 5 puntos para medir el estado del paciente
 - ✓ Una lista breve de referencias bibliográficas usadas en el desarrollo del resultado

- Las Intervenciones de enfermería NIC incluyen cuidados de enfermería directos, llevados a cabo directamente con los pacientes, y cuidados de enfermería indirectos, realizados para el bienestar de los pacientes (Dochterman & Bulechek 2004). La clasificación de intervenciones de enfermería NIC nombra, define y describe las acciones de enfermería realizadas en beneficio de los pacientes.

Cada intervención consta de:

- ✓ Una definición
- ✓ Una lista de actividades
- ✓ Una lista breve de referencias bibliográficas usadas en el desarrollo de la intervención

Muchos autores han hecho hincapié en cómo el lenguaje estandarizado puede reflejar la responsabilidad profesional y el poder de las enfermeras y proporcionar los medios para la continuidad de la atención, evaluación de la calidad de la atención y la visibilidad de la enfermería en el cuidado de la salud (Frish & Kelly 2002, Moorhead 2003, Lunney 2004, Keenan & Yakel 2005) (10, 11, 12).

Sin embargo, su aprendizaje no es sencillo y los estudios indican que los profesionales de enfermería necesitan mayor formación e información para dominar este lenguaje con profundidad. El estudio de Lee (2005) indicó que las enfermeras tenían carencias en el conocimiento de factores etiológicos, ignoraban las descripciones de las metas relacionadas con la enfermería, controlaban debidamente las intervenciones pero sin evaluarlas y elegían indicadores inespecíficos para evaluar los resultados de enfermería (5). En el estudio de Smith-Higuchi (1999) el 44% de los diagnósticos no se basaban en factores etiológicos (13). Según el capítulo 3 de la edición 2012-2014 de la NANDA, "El diagnóstico enfermero en la formación", tratar los factores relacionados es el principal objetivo de enfermería siempre que sea posible. Por tanto, si no los identificamos correctamente nuestras intervenciones pueden no estar bien encaminadas (7).

Keenan y colaboradores (2003) hicieron hincapié en la importancia de que las enfermeras entendieran en profundidad el significado de los conceptos de enfermería para ser capaces de utilizar los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones de una manera fiable y válida (14). Para lograr esta interiorización de los conceptos es necesario desarrollar habilidades de pensamiento crítico. No es suficiente memorizar conceptos, será necesario sobre todo aprender a pensar sobre ellos. Es imprescindible obtener el conocimiento por uno mismo y no limitarse a recibirlo de otros, por lo que la "clase magistral" no es suficiente para utilizar el LEE con destreza. Los profesionales tienen que aprender a confiar en sus capacidades de razonamiento para identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones más adecuadas para su paciente. Para esto se muestran útiles los métodos de discusión de casos (Müller-Staub, 2006) (15).

El aumento del uso de lenguaje estandarizado también ha demostrado que aumenta la documentación y mejorar la calidad de los datos documentados (Instituto de Medicina 2003) (16), pero también se ha demostrado que el contenido de los registros de los pacientes no refleja el cuidado real dado (Hale 1997, Ehrenberg & Ehnfors 2001) (17, 18). Esto es un punto clave y prioritario en nuestra intervención: adecuar los registros a la situación de los pacientes, de forma que sean una representación de su estado y su evolución y no un mero trámite administrativo sin fundamento en la práctica diaria.

1.1.2. Implementación del LEE:

Ante la legislación vigente actual que desde 2010 nos obliga a documentar la situación de los pacientes y los cuidados enfermeros por medio de LEE NANDA-NOC-NIC, el reto de las instituciones es ahora conseguir una implantación adecuada de esta terminología. Es el personal de enfermería de cada unidad el encargado de traducir las necesidades de los pacientes y sus respuestas de salud a este nuevo lenguaje para conseguir la mayor precisión en la documentación, así como de reflejar la labor enfermera de forma que los registros sean testimonio del trabajo diario. Esto supone un gran desafío y requiere la implicación y el compromiso del personal, que no puede conseguirse sin una formación exhaustiva en esta área.

Las instituciones sanitarias deben identificar la manera más eficaz de formar a los profesionales de enfermería en LEE, de forma que consigan mejorar la comprensión de los diagnósticos, para identificar con precisión los problemas de los pacientes sensibles a intervenciones enfermeras y desarrollen planes de cuidados adecuados y que reflejen la evolución del paciente (Lee, 2005) (5). Los estudios más recientes nos indican que no está clara la manera óptima de llevar esto a cabo y conseguir la interiorización de este lenguaje por parte del personal.

Müller- Staub en 2008 (19) realizó un estudio experimental aleatorizado controlado, utilizando el razonamiento clínico guiado (RCG) en la formación de los profesionales para evaluar la mejoría en la calidad de los registros. La evaluación en la pre-intervención demostró que las enfermeras tenían carencias en la documentación correcta de signos y síntomas y etiología, tanto en el grupo control como en el grupo intervención. Tras el RCG el grupo intervención demostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en las puntuaciones de la escala Q-DIO en los diagnósticos, resultados e intervenciones. La intervención educativa demostró efectos positivos sobre la calidad de los registros. En relación a los diagnósticos, consiguió la descripción de diagnósticos precisos,

incluyendo la identificación de signos y síntomas y etiologías correctas, así como una mayor coherencia entre etiología y objetivos de enfermería. En referencia a las intervenciones, demostró un aumento en la identificación e intervenciones correctas, coherentes con la etiología y relacionadas con los resultados esperados y con una planificación concreta: qué, como, con qué frecuencia y quién. Con respecto a los resultados consiguió una descripción más precisa de la mejoría esperada en los pacientes: conocimiento, síntomas, estrategias afrontamiento, habilidades autocuidado y estado funcional.

En otro estudio de implementación del LEE (Thoroddsen A, 2007) (2), se realizó una intervención educativa respaldada por grupos de trabajo y actividades de apoyo a esos grupos. Se realizó una valoración pre y post-intervención para describir los cambios en la documentación del proceso enfermero en todas las unidades de enfermería. Tras la intervención se produjo un aumento estadísticamente significativo del uso de diagnósticos NANDA y de problemas de colaboración ($p < 0,001$). Se objetivó también disminución estadísticamente significativa en el número diagnósticos NANDA incompletos o registrados con terminología incorrecta ($p \leq 0,001$). También se redujeron en número los diagnósticos médicos y los procedimientos/ actividades usados como diagnóstico enfermero. Aumentó el registro de signos y síntomas (de 29,2% a 62,5%) y etiología (de 57,2% a 76,6%). El diagnóstico más frecuente es el de "dolor". También hubo un aumento en el uso de intervenciones NIC ($p < 0,01$) y resultados NOC (de 76,3% a 88,5%). El autor concluye que es importante hacer un esfuerzo educativo para obtener mayor cantidad posible enfermeras involucradas e interesadas en mejorar la documentación de enfermería. Tras este estudio, a los planes de cuidados estandarizados se decidió llamarlos planes de cuidados guiados, como reflejo de que son solo una orientación y necesitan ser individualizados para cada paciente. Aumentó su uso y el interés de las enfermeras en la elaboración de estos fue mayor de lo previsto. En contrapartida, se objetivó que en muchos casos no estaban basados en la evidencia más actual, identificándose como foco de futuros estudios. No se comprobó la concordancia de los cuidados planificados con cuidados aplicados, quedando también este punto como foco para futuras investigaciones que demuestren la pertinencia de los cuidados planificados.

1.1.3. Situación del LEE en las unidades de críticos:

La implementación del LEE en las unidades de críticos se presenta especialmente dificultosa por las especiales características de los pacientes. La complejidad de los pacientes en estas unidades hace que sea difícil reflejar la situación de los pacientes con este lenguaje y conseguir una correcta transmisión de la información.

En un estudio prospectivo realizado en una UCI (Salgado, 2011) (20) se analizan los registros de diagnósticos y acciones de enfermería prescritas por enfermeros en las historias de los pacientes. La media de diagnósticos identificados en los pacientes de UCI fue de 8,5, cercana al promedio descrito en la literatura de 6,9 a 8 por paciente. Sólo 10 de los diagnósticos identificados eran de riesgo, debido posiblemente, según indica el autor, a que los cuidados de enfermería en UCI deben centrarse en la recuperación de la salud, porque se refieren a problemas reales. Las acciones formuladas no estaban relacionadas con los diagnósticos identificados. Existían un número elevado de acciones que no ayudaban a resolver el problema o diagnósticos no registrados aunque el enfermero pensara en ellos. Se registraron 2260 acciones de enfermería, que tras normalizarlas se resumieron en 124 acciones. Se mapeó las acciones identificadas con las intervenciones NIC, demostrando que todas ellas pudieron ser ligadas a intervenciones NIC. De las 124 acciones de enfermería, 37 fueron mapeadas a más de una NIC. Se relacionaron con 42 intervenciones NIC (8%) entre las 514 disponibles. De las 54 intervenciones de la NIC para el área de Cuidados Intensivos, sólo coincidieron 10 de las 42 del estudio. El 55% de las NIC pertenecían al dominio "Fisiológico complejo". Según indica el autor, se debe a que la práctica enfermera en UCI está ligada a intervenciones para la regulación homeostática del individuo.

Además, el personal de estas unidades parece reticente a su uso, porque no identifica su autonomía profesional con la documentación de los cuidados sino con la complejidad de las técnicas y los procesos que maneja. Cachón en 2012 (21) realizó un estudio cualitativo fenomenológico para describir el significado del LEE para el personal de UCI. El personal de esta área entendía este lenguaje de tres maneras: como una dualidad teoría-práctica, como una imposición y como una oportunidad de desarrollo y autonomía. En su primera representación, referían encontrar dificultades para aplicar los conocimientos a la práctica. Entendían que los problemas de UCI requieren aproximación más práctica y operativa y menos teórica. Eran los alumnos de enfermería el nexo de unión entre teoría y práctica. Entre las posibles causas de dificultades en la aplicación LEE en la práctica el autor identifica la falta de formación, el requerimiento de mayor tiempo para

desarrollar planes de cuidados estandarizados con LEE y la dificultad de comunicación con otros profesionales debida a el uso de un lenguaje específicamente enfermero. Con respecto al sentimiento del LEE como una imposición conceptual, referían sentirse obligados a su uso por estados jerárquicos superiores sin permitir retroalimentación bidireccional. Referían también que en ocasiones el manejo del LEE no es conocido por los que imponen su uso y que la formación sobre el mismo dependía del aprendizaje autodidacta y de iniciativas de las propias enfermeras, sin apoyo institucional. El autor identifica que la implicación del personal de enfermería en la valoración, registro y evaluación de los registros es fundamental y que hay que evitar el aprendizaje autodidacta, desarrollando cursos específicos y con apoyo académico para la implantación y evaluación. En cuanto a la identificación del LEE como oportunidad de desarrollo y autonomía, veían en esta iniciativa la oportunidad de unificar criterios e identificar campo propio de conocimiento. Sin embargo creían que la autonomía descrita a nivel teórico no se reflejaba en la práctica. Las enfermeras de UCI asocian su autonomía con el control de tecnología: monitorización cardiovascular, ventilación mecánica (VM), etc. Además, aplicar LEE provoca una incertidumbre que provoca cuestionamiento del propio trabajo. El autor concluye que existen cuidados esenciales en UCI no asociados a tecnología e indica que los profesionales necesitan percibir resultados claros de la aplicación de LEE para valorarlo como necesario y útil en su práctica diaria.

La relativamente corta vida del LEE (NANDA desde 1974, NOC desde 1991 y NIC desde 1987) hace que muchas de las situaciones de los pacientes críticos no estén correctamente definidas o estén todavía por desarrollar, al ser esta área de la enfermería en el que menos experimentada y desarrollada está la terminología. Esta situación se agudiza en nuestro caso al ser una UCI que además atiende a pacientes pediátricos. Las características del niño críticamente enfermo dificultan aún más la aplicación del LEE a la práctica diaria. Por tanto nuestro estudio puede identificar vacíos de conocimiento al respecto y la necesidad de desarrollar nuevas etiquetas diagnósticas, resultados o intervenciones para estas áreas o de redefinir las ya existentes.

1.2. Justificación:

1.2.1. Legislativa:

La legislación actual a nivel estatal viene regulada mediante el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (BOE núm.225, de 16-09-2010). En su Anexo VII se regula el conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería, que en relación al LEE incluye:

- Diagnósticos enfermeros resueltos y activos: reflejados mediante texto literal NANDA y código NANDA
- Resultados NOC: mediante texto literal NOC y código NOC
- Intervenciones NIC: mediante texto literal NIC y código NIC.

Esta legislación nos obliga a adaptar los registros de enfermería al formato estandarizado definido en la terminología NANDA-NOC-NIC. Esto implica una importante labor de formación ante el desconocimiento de gran parte del personal de su metodología y uso.

Desde Noviembre de 2012 en la UCIP del HU Cruces el programa de registro informático de la historia clínica de los pacientes IntelliVuE Clinical Information Portfolio (ICIP) nos permite ajustarnos a este RD. Para que el registro sea pertinente y adecuado a la situación de los pacientes es imprescindible que los profesionales de enfermería dominen su uso. Esto no es posible sin una formación adecuada sobre los conceptos clave del LEE y una preparación para utilizar el razonamiento crítico en la articulación de éstos conceptos.

1.2.2. Dentro del plan estratégico del HU Cruces 2010-2013:

El plan estratégico del HU Cruces (22) se integra dentro del proceso de mejora continua en el marco del Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) y ha sido creado con la intención de:

- ✓ Que los profesionales que trabajan en el Hospital se sientan a gusto en su trabajo, estén bien capacitados y tengan un elevado grado de autoestima profesional.
- ✓ Prestar una asistencia con las máximas garantías científico-técnicas.

- ✓ Disminuir la variabilidad de las diferentes formas y procesos de trabajo.

HU Cruces aspira a ser el hospital de referencia de Euskadi, con áreas de excelencia en los ámbitos asistencial, docente e investigador a nivel estatal e internacional. Entre sus valores destacamos:

La **profesionalidad**: Es la capacidad para desarrollar el trabajo encomendado, con el deseo de ampliar conocimientos y el orgullo por la profesión desempeñada en cada puesto de trabajo:

- Fomentando la formación, participación y responsabilidad en las sesiones de trabajo
- Implicando en el seguimiento y evaluación de los objetivos

La **orientación a resultados**: Es la capacidad de buscar el beneficio del paciente, siendo eficiente en el uso de los recursos, sin escatimar los medios necesarios, pero sin incurrir en despilfarros. Se realiza mediante grupos de trabajo:

- Fomentando la participación y asunción de responsabilidades
- Analizando el gasto y la actividad

La **actitud innovadora**: Es la capacidad para generar ideas y la voluntad de adaptarse a las nuevas circunstancias, desde el trabajo en equipo, compartiendo objetivos y conocimientos. Se realiza mediante grupos de mejora:

- Fomentando la participación
- Impartiendo formación
- Fomentando el Benchmarking: proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en organizaciones

En nuestro estudio pretendemos realizar una intervención, el **proyecto de formación del personal de Enfermería de la UCIP en el uso y aplicación del LEE a la práctica diaria**, que engloba estos 3 valores, demostrándose como una oportunidad para mejorar la calidad y la asistencia en enfermería. Pretende ser un proyecto participativo en el que todos los miembros del equipo enfermero utilicen sus habilidades de pensamiento crítico con el fin de adecuar el uso del LEE a la práctica clínica de la UCIP.

En el marco de este plan, nuestro proyecto estaría englobado dentro del **eje estratégico 2, personas**, dentro de la línea estratégica PE.1: **Desarrollar y adecuar la formación continuada**, acción estratégica: P.E.1.2. **Impulsar la transferencia de la formación al puesto de trabajo**.

1.2.3. Dentro de la situación actual de la UCIP:

Desde Noviembre de 2012 se implantó en la UCIP un sistema de registro de salud electrónico (RSE) denominado ICIP. Este RSE incorpora los registros de enfermería en terminología NANDA-NOC-NIC. Esto supuso un importante cambio en la documentación enfermera provocado por tres situaciones:

1. Digitalización del registro: paso del registro en modo papel (Gráfica de enfermería) a modo digital (Plataforma ICIP)
2. Cambio del sistema de clasificación de los registros: de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson a los 13 dominios de la clasificación NANDA, basados en los 11 Patrones Funcionales de Marjorie Gordon
3. Estandarización del lenguaje: se ha pasado de señalar con una cruz las actividades realizadas en una gráfica a papel a tener que elegir resultados NOC e intervenciones NIC en una plataforma digital.

Como indica la NANDA en el capítulo 4 de su edición 2012-2014 (7), "El valor de los diagnósticos enfermeros en los registros de salud electrónicos", los RSE son un concepto en desarrollo (Barret, 2000; Englehardt & Nelson, 2002). Son una herramienta útil para la comunicación interprofesional y permiten la incorporación de mensajes de ayuda a las decisiones clínicas (ADC). Según la NANDA, al ser sistemas de registro longitudinales, estas tecnologías nos dan la oportunidad de aumentar la eficacia mediante la reutilización de datos históricos y de seleccionar las intervenciones de probada eficacia que funcionan para un paciente determinado. Sin embargo, los RSE también tienen sus limitaciones y es importante que los profesionales las conozcan, sepan cómo superarlas y propongan estrategias de mejora para garantizar la seguridad en la asistencia al paciente.

La plataforma ICIP cuenta con elementos de ADC, ya que al realizar la valoración del paciente nos sugiere unos diagnósticos, resultados e intervenciones a partir de los factores relacionados o características definitorias registradas. Pero esta valoración es estándar para todos los servicios de críticos del hospital. En nuestro caso, al ser una unidad de pediatría es posible que esta valoración no

se adapte a las circunstancias fisiológicas que acompañan a nuestros pacientes. No ofrece otra herramienta de ADC, muy común y sencilla que contienen otros tipos de RSE, que sería la posibilidad de encontrar las definiciones de los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC al situar el cursor sobre las etiquetas. Este tipo de ADC facilita la selección de diagnósticos precisos, resultados sensibles a la práctica enfermera e intervenciones relacionadas con el diagnóstico identificado y el resultado esperado.

Nuestro proyecto de formación del personal de Enfermería en la UCIP en el uso y aplicación del LEE a la práctica diaria, pretende proporcionar estrategias para superar las limitaciones del RSE ICIP, mediante la formación de los profesionales en los conceptos del LEE contenidos en la plataforma y el fomento de estrategias para normalizar y agilizar su uso.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

2.1. Hipótesis:

- 1) La formación en LEE del personal de enfermería de la UCIP del H.U. Cruces mejora la calidad de los registros de enfermería frente a la NO formación.
- 2) La formación en LEE del personal de enfermería de la UCIP del H.U. Cruces mejora el nivel de satisfacción del personal de enfermería en relación a los registros de cuidados con LEE frente a la NO formación.

2.2. Objetivos:

Objetivos principales:

Comparar la calidad de los registros de enfermería antes y después de una actividad de formación sobre LEE al personal de enfermería de la UCIP del HU Cruces.

Comparar la satisfacción del personal de enfermería de la UCIP en relación al registro de cuidados antes y después de una actividad de formación sobre LEE al personal de enfermería de la UCIP del HU Cruces.

Objetivos secundarios:

- Cuantificar el impacto en los conocimientos del personal de enfermería de la UCIP del HU Cruces tras la intervención de formación sobre LEE
- Detectar vacíos de conocimiento referentes al LEE en las UCIs pediátricas

3. PLAN DE ESTUDIO:

3.1. Tipos de estudio

Vamos a realizar un estudio cuasi-experimental (pre y post-intervención). Se analizarán las historias clínicas antes y después de una intervención de formación del personal de enfermería diseñada para la comprensión del LEE, así como el nivel de satisfacción del personal antes y después de dicha intervención. También se valorarán los conocimientos sobre LEE del personal previamente y después de la intervención, para conocer su impacto. No podemos realizar un estudio experimental aleatorizado por razones éticas, ya que no sería aceptable no proporcionar formación a toda la plantilla de la unidad.

3.2. Contexto:

La UCIP H.U. Cruces consta de 12 camas y atiende a niños entre 0 y 14 años. Es una unidad mixta médico-quirúrgica. Tiene unos 500- 600 ingresos al año.

En el año 2012 hubo un total de 556 ingresos, distribuidos por patologías de la siguiente manera:

- 161 cardiológicos
- 102 para realización de técnicas invasivas con sedación
- 81 con patologías respiratorias
- 43 enfermos neurológicos
- 30 oncológicos
- 25 infecciosos
- 15 nefrológicos
- 13 traumatológicos
- 8 endocrinológicos
- 7 alergias (actualmente las provocaciones alérgicas ya no se realizan en nuestra unidad)

La plantilla de enfermería actualmente cuenta con un total de 35 enfermeras (31 de Mayo de 2013), de las cuales 15 trabajan a jornada reducida.

3.3. Participantes en el estudio:

3.3.1. Población:

La población de estudio serán los episodios de ingreso en la UCIP del H.U. Cruces de las historias clínicas. Nuestra actitud en este estudio será pragmática, estableciendo criterios de selección amplios para definir una población heterogénea.

3.3.2. Unidad muestral:

- Para determinar la calidad de los registros de enfermería:

La unidad de muestreo serán los registros de enfermería de las historias clínicas dentro de los episodios de ingreso en la UCIP. Estos registros incluyen el plan de cuidados y la valoración de enfermería. Estos episodios se numerarán por orden cronológico de ingreso. Analizaremos todos los episodios que se produzcan, sin excepción, puesto que todos ellos nos parecen interesantes para valorar la calidad de los registros. Que el mismo paciente sea ingresado en varios episodios durante nuestro periodo de estudio no nos parece criterio de exclusión, puesto que nuestro estudio va dirigido a los registros y no a los pacientes. Tampoco será determinante la duración del ingreso o la situación de gravedad de los pacientes, puesto que esto no debería afectar a los registros de enfermería. No se valorarán los evolutivos de enfermería.

- Para determinar la satisfacción del personal de enfermería:

La unidad muestral será el personal de enfermería de la UCIP. Por razones éticas, se ofrecerá formación a la totalidad de enfermeras trabajando actualmente en la unidad, independientemente del tiempo que lleven desarrollando su actividad en la unidad y de su tipo de contrato o jornada. Sin embargo, sólo se incluirán en el estudio aquellas que lleven más de 6 meses trabajando en el servicio, porque con una duración menor los registros se pueden ver afectados por la inexperiencia en la unidad y en el manejo del niño crítico.

Serán criterios de exclusión:

- Tener un contrato de retén.
- Llevar menos de 6 meses trabajando en la unidad, independientemente de su experiencia previa.

3.3.3.Muestreo:

- Para seleccionar los **episodios de ingreso** el muestreo será aleatorio simple. La unidad de muestro serán los pacientes ingresados. Se recurrirá a la unidad de investigación del hospital para que nos faciliten una secuencia numérica que determine los episodios de ingreso a revisar mediante un programa informático. Esta secuencia se conocerá previamente al ingreso de los pacientes y se asegurará la custodia de la misma para evitar sesgos de selección. El análisis pre-intervención será retrospectivo, desde el 1 de Diciembre de 2012 al 30 de Junio de 2013. El análisis post-intervención se realizará durante los meses de Abril, Mayo, Junio, Septiembre, Octubre y Noviembre de 2014. Se evitarán los meses de Julio y Agosto, ya que al estar incluidos dentro del periodo vacacional puede que parte del personal de enfermería no sea habitual de la unidad y por tanto no haya recibido la intervención y afecte a los resultados de nuestro estudio.
- Para seleccionar el **personal de enfermería** el muestreo será aleatorio simple. La unidad de muestreo serán las encuestas y la unidad de análisis será el personal de enfermería. Se numerarán las encuestas pre y post intervención antes de repartirlas y se recurrirá a la unidad de investigación del hospital para que nos facilite una secuencia numérica para que sean seleccionadas en el análisis. Los investigadores no conocerán esta secuencia hasta el mismo momento de seleccionar las encuestas a analizar, de forma que se evitarán sesgos de selección.

3.3.4 Tamaño muestral:

- Para el cálculo de los registros de enfermería a revisar (nº de episodios de ingreso), nos basamos en la fórmula del cálculo muestral para la comparación de grupos para variables cuantitativas:

$$N = \frac{2 \cdot (Z\alpha + Z\beta)^2 \cdot s^2}{d^2}$$

Siendo:

Z α = valor de Z correspondiente al riesgo α , prefijado en un 5%; lo que es lo mismo que decir una seguridad o confianza del 95%. Para ese nivel de confianza, el coeficiente $Z\alpha$ es de 1,645 (test unilateral).

Z β = valor correspondiente al riesgo β , prefijado en un 10%. (1- β) es la potencia del test o poder estadístico, en nuestro caso del 90%. Con esos datos, $Z\beta$ es de 1,282 (test unilateral).

s² = varianza de la distribución de la variable cuantitativa que se supone que existe en el grupo de referencia

d² = valor mínimo de la diferencia que se desea detectar (variable cuantitativa)

Tomamos los datos del estudio previo de Müller-Staub en 2008 (19), en el que la desviación típica en el grupo control era de 0,93, frente a 0,35 en el grupo intervención. Por tanto, la varianza será de 0,93², es decir de 0,8649. La diferencia que se desea detectar es del 25%.

Aplicando la fórmula, obtenemos que necesitamos 237 episodios de ingreso en cada grupo.

Calculamos un 10% de pérdidas, mediante la fórmula:

$$N_a = N \cdot [1/(1-R)]$$

Siendo:

Na = número de sujetos ajustado

N = número de sujetos teórico

R = proporción esperada de no respuestas

Aplicando la fórmula obtenemos que son necesarios **263 episodios de ingreso** en cada grupo. En la Unidad de Cuidados Intensivos de Cruces el número de ingresos al año ronda entre los 500-600 ingresos, por lo que el tiempo estimado para nuestro estudio será de **7 meses** pre intervención y 7 meses post-intervención.

- Para el cálculo de la muestra del **personal de enfermería**, nos basamos en la fórmula de del cálculo muestral para la comparación de grupos para variables cualitativas:

$$N = [Z\alpha \sqrt{2P(1-P)} + Z\beta \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2 / (P_1 - P_2)^2$$

Siendo:

Z α = valor de Z correspondiente al riesgo α , prefijado en un 5%; lo que es lo mismo que decir una seguridad o confianza del 95%. Para ese nivel de confianza, el coeficiente $Z\alpha$ es de 1,645 (test unilateral).

Z β = valor correspondiente al riesgo β , prefijado en un 20%. $(1-\beta)$ es la potencia del test o poder estadístico, normalmente del 80%. Con esos datos, $Z\beta$ es de 0.842 (test unilateral).

P $_1$ = proporción del nivel de satisfacción del personal de enfermería que se supone existe en la pre-intervención. Lo estimamos en un 0,2.

P $_2$ = proporción del nivel de satisfacción del personal de enfermería que se supone existe en la post-intervención; lo consideraremos clínicamente relevante si por medio de la intervención aumenta dicha proporción en un 50%, presuponemos una p_2 de 0,4.

P = proporción promedio de ambos grupos $(p_1+p_2)/2$.

Aplicando la fórmula obtenemos que sería necesaria una muestra de **35 enfermeras**, por tanto del total de la plantilla. Posterior a la recogida de datos se ajustará la potencia a las pérdidas que se produzcan.

3.4. Intervención:

La intervención consta de 6 meses de formación en los que se impartirá 1 sesión formativa al mes de 2 horas de duración. La intervención se realizará de Octubre de 2013 a Marzo de 2014. La actividad formativa, denominada **proyecto de formación del personal de enfermería de la UCIP en el uso y aplicación del LEE a la práctica diaria**, consistirá no sólo en formación teórica sobre el LEE sino también en análisis de casos clínicos mediante el razonamiento clínico guiado, técnica que ha demostrado su utilidad en estudios anteriores (Müller-Staub, 2007) (23).

Esta actividad pretende ser participativa, para fomentar el uso del razonamiento crítico del personal de la unidad en la comprensión e interpretación de los elementos del LEE a los cuidados aplicados y evitar que lo sientan como una imposición (Cachón, 2012) (21). El resultado serán planes de cuidados guiados para las principales situaciones clínicas de la unidad según la estadística de 2012:

- Pacientes cardiológicos: principalmente post-operados de cirugía cardíaca.
- Pacientes que acuden para la realización de técnicas invasivas con sedo-analgésia.
- Pacientes con patologías respiratorias.
- Pacientes neurológicos: principalmente post-operados.

SESIÓN	CONTENIDOS	TAREAS PARA LA PRÓXIMA SESIÓN
1	Aproximación al LEE: Conceptos teóricos y articulación entre sus elementos.	Revisar los elementos del LEE contenidos en la plataforma ICIP.
2	Elementos del LEE incluidos en la plataforma ICIP: Explicación, interpretación y análisis de carencias.	Búsqueda de etiquetas diagnósticas, resultados NOC e intervenciones NIC no incluidas en ICIP pero necesarias.
3	Discusión de casos clínicos.	Esbozar planes de cuidados guiados para la unidad.
4		
5	Elaboración de planes de cuidados guiados.	Propuesta de futuro: Analizar la evidencia científica relativa a los planes creados.
6		

La participación del personal en la intervención será voluntaria. Para garantizar la participación del personal se solicitará a la unidad de formación continuada del HU Cruces la acreditación y el reconocimiento de las sesiones formativas.

Antes y después de la intervención se evaluarán los conocimientos sobre LEE del personal mediante una encuesta elaborada *ad-hoc* (Anexo I)

3.5. Variables:

3.5.1. Variables dependientes:

➤ Calidad de los registros de enfermería:

Definición: Calidad es el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, entendiéndose por requisito la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria” (norma ISO 9000). El nivel de calidad de los registros de enfermería será medido mediante la escala Q-DIO, versión adaptada para la UCIP del H.U Cruces (Anexo IV).

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

➤ Grado de satisfacción del personal de enfermería:

Definición: Definimos la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero que resulta de la adecuación o ajuste entre la situación laboral percibida y los valores del individuo que, aunque son aprendidos, están internalizados y son congruentes con sus necesidades (Locke, 1976). En nuestro caso vamos a medir la satisfacción laboral intrínseca: satisfacción con el contenido del trabajo, es decir con el tipo de trabajo o con las tareas propias del puesto (24). El nivel de satisfacción del personal será medido por medio de una escala elaborada *ad-hoc* (Anexo II) que se centra en aspectos como: el tiempo necesario para el registro, el dominio del LEE por

parte del personal, la adecuación de lo registrado frente a los cuidados administrados, la transmisión de información entre profesionales.

Tipo: Cualitativa ordinal.

Valores: Nada satisfecho/ Poco satisfecho/ Medianamente satisfecho/Satisfecho/ Muy satisfecho.

➤ Conocimientos sobre LEE:

Definición: Lenguaje estandarizado compuesto por los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, que según el RD 1093/2010 es de obligada utilización para el registro de los cuidados de enfermería en nuestro país. Utilizaremos la última edición disponible en castellano de los libros de LEE: NANDA 2012-2014, NOC Ed 2008 y NIC ED. 2008. Los conocimientos se evaluarán mediante una escala de elaboración propia (Anexo I)

Tipo: Cualitativa ordinal.

Valores: Nulos (0-5) / Escasos (6-11) / Medios (12-17) /Adecuados (18-23) / Excelentes (24-30).

3.5.2.Variable independiente:

➤ Programa de Formación en LEE:

Definición: Programa implementado como intervención de este proyecto dirigido a las enfermeras de la unidad y consistente en 6 meses de formación en los que se impartirá 1 sesión formativa al mes de 2 horas de duración.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI/NO.

3.5.3.Covariables:

3.5.3.1. Personal de enfermería:

➤ Edad:

Definición: Edad en años del personal de enfermería

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

➤ Sexo:

Definición: Género del personal de enfermería.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: Mujer (M) / Hombre (H).

➤ Situación laboral:

Definición: Tipo de contrato que vincula al profesional de enfermería con el centro de trabajo.

Tipo: Cualitativa ordinal.

Valores: Fijo/ Interino/ Temporal/ Retén.

➤ Tiempo transcurrido desde diplomatura en enfermería:

Definición: Tiempo en años transcurrido desde el fin de la diplomatura en enfermería y obtención del título acreditativo, hasta el momento actual.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

➤ Experiencia laboral en la UCIP:

Definición: Número de años trabajando en la UCIP del H.U. Cruces a lo largo de toda su carrera profesional.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

➤ Estudios previos sobre LEE:

Definición: Haber recibido en los últimos 5 años formación continuada, online o presencial sobre LEE.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

➤ Duración de los estudios previos sobre LEE:

Definición: Número de horas de duración de los cursos de formación en LEE recibidos en los últimos 5 años

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico

➤ Tipo de formación recibida sobre LEE:

Definición: Régimen de la formación recibida sobre LEE

Tipo: Cualitativa discreta.

Valores: Presencial, On-line, Curso previo a la implantación de ICIP.

➤ Tiempo necesario para el registro de los cuidados en la historia clínica:

Definición: Tiempo en minutos estimado por la enfermera que tarda en cumplimentar los registros de enfermería.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

- Comprensión del LEE: Capacidad de los profesionales de enfermería de entender el significado teórico y práctico y la articulación del LEE.

Tipo: Cualitativa ordinal.

Valores: Alta / Media / Baja / Ninguna.

3.5.3.2. Pacientes:

- Tipo de patología que determina el ingreso:

Definición: Situación clínica principal que determina el ingreso, según las categorías que se utiliza en UCIP HU Cruces para clasificar a los enfermos. En caso de presentar varias situaciones a la vez, se identificará la primera que produce el ingreso.

Tipo: Cualitativa nominal.

Valores: Cardiológico, Técnicas, Respiratorio, Neurológico, Infeccioso, Nefrológico, Traumatológico, Endocrinológico, Otros.

- Dispositivos:

- Hemofiltro (H):

Definición: Necesidad del uso de hemofiltro durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Diálisis peritoneal (DP):

Definición: Necesidad del uso de diálisis peritoneal durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Catéter venoso central (CVC),:

Definición: Presencia de catéteres venosos centrales durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Catéter arterial (ART):

Definición: Presencia de catéteres arteriales durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO):

Definición: Necesidad del uso de ECMO durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Ventilación mecánica invasiva (VMI):

Definición: El paciente permanece intubado y conectado a VM en algún momento del ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO

- Ventilación mecánica no invasiva (VMNI):

Definición: El paciente necesita soporte respiratorio no invasivo en cualquiera de sus modalidades (BIPAP o CPAP) y con cualquiera de las interfases disponibles (Cánulas nasales, mascarilla nasal, buconasal o facial o tubo naso-faríngeo) durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Oxigenación con alto flujo (OAF):

Definición: El paciente precisa administración de oxígeno en alto flujo en algún momento durante el ingreso.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: SI / NO.

- Días de ingreso:

Definición: Tiempo en días que el paciente ha permanecido ingresado en la UCIP del H.U. Cruces.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

- Edad:

Definición: Edad en años de los pacientes.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

➤ Sexo:

Definición: Género de los pacientes.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Valores: Mujer (M) / Hombre (H).

3.5.3.3. Características de la UCIP:

➤ Turno:

Definición: Momento del día en el que se realizan los registros de enfermería.

Tipo: Cualitativa nominal.

Valores: M (mañana) / T (tarde) / N (noche).

➤ Nº de enfermeras del turno:

Definición: Número total de enfermeras trabajando en cada turno en la UCIP.

Tipo: Cuantitativa discreta.

Valores: Numérico.

➤ Ratio enfermera/ paciente en cada turno:

Definición: Número de pacientes asignados a cada enfermera en el turno de trabajo.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

➤ Ratio médicos/enfermeras responsables del paciente:

Definición: Relación de profesionales médicos, pertenecientes a diferentes especialidades, y de profesionales de enfermería al cargo de cada paciente.

Tipo: Cuantitativa continua.

Valores: Numérico.

- Visibilidad de los cuidados: Capacidad de lo registrado en el plan de cuidados mediante LEE de representar los cuidados aplicados a los pacientes.

Tipo: Cualitativa ordinal.

Valores: Muy visibles / medianamente visibles / poco visibles / nada visibles.

- Transmisión de información entre los profesionales: Capacidad de lo registrado en el plan de cuidados mediante LEE de informar al personal de los turnos siguientes de los cuidados que se han aplicado en ese turno y los que se deben aplicar en turnos futuros.

Tipo: Cualitativa ordinal.

Valores: Muy adecuada / Adecuada / Media / Poco adecuada / Nada adecuada.

3.6. Recogida de la información:

3.6.1. Cuestionario de conocimientos y satisfacción del personal de enfermería:

Para la valoración de los conocimientos y la satisfacción de los profesionales de enfermería se han elaborado encuestas ad-hoc (Anexo I y II) que se entregarán a todos los profesionales de la plantilla para que las completen antes y después de la intervención. La entrega de encuestas previa a la intervención se realizará en el mes de septiembre de 2012 y la posterior a la formación en abril de 2014.

Previo a la intervención se entregará una encuesta de opinión general sobre LEE y la actitud del personal ante el mismo (Anexo III).

3.6.2. Instrumento Q-DIO:

Para valorar la calidad de los registros de enfermería contamos con el instrumento Q-DIO, *quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes*. Este instrumento fue elaborado en Suiza y se evaluó la consistencia interna y la fiabilidad intra e inter-

observador (Müller-Staub, 2008 y 2009). Es el instrumento validado que más se adapta a lo que necesitamos en nuestro estudio, ya que en comparación con otros instrumentos es el único capaz de medir los 3 conceptos del LEE y la conexión coherente entre ellos (25, 26).

El estudio de Linch de 2012 (27), describe la validación transcultural de este instrumento para el portugués de Brasil. La validación se desarrolló de la siguiente manera:

- Traducción por dos traductores independientes, ambos hablaban portugués como lengua madre pero sus perfiles profesionales eran diferentes.
- Síntesis de las traducciones por el investigador principal, previo análisis del instrumento y consenso con los 2 traductores.
- Revisión por panel de expertos, compuesto por 4 profesores de enfermería con nivel de doctorado, 3 estudiantes de doctorado en enfermería, una *registered nurse* y un lingüista con habilidad en portugués e inglés como miembro bilingüe experto del panel. En esta revisión se decidió modificar la escala de medida del instrumento original a una escala de 0 a 2 para todos los ítems.
- Pre-test del borrador final, realizado por el investigador principal en una muestra de 40 registros. Estos registros se obtuvieron de 2 centros de sanitarios, uno de ellos con registro electrónico y otro manual. Se seleccionaron aleatoriamente con el SPSS versión 18.0 y se calculó para una tasa de pérdida del muestreo del 20%. Este proceso lo realizó un investigador cooperante que no participó en la recogida de datos. Se evaluó la comprensión y precisión del instrumento en conjunto y de sus 4 subescalas por separado, utilizando el alfa de Cronbach, obteniéndose un resultado de 0,97.

Para la validación transcultural al castellano seguiríamos los mismos pasos definidos por el estudio de Linch. En el caso de la UCIP del H.U. Cruces, la validación transcultural tendría que incluir la adaptación del instrumento para su uso en la pediatría, en relación principalmente a los elementos que se valoran en la primera subescala: diagnóstico como proceso

El proceso de validación transcultural para la UCIP del H.U de Cruces se realizará de la siguiente manera:

1. Traducción por dos traductores independientes, ambos tienen como primera lengua el castellano y conocimiento profundo del inglés acreditado formalmente. Ambos traductores son enfermeras que trabajan en la UCIP del H.U. de Cruces.
2. Síntesis de las traducciones por el investigador principal, previo análisis del instrumento y consenso con los 2 traductores.
3. Revisión por panel de expertos, compuesto por:
 - ✓ 4 profesores de LEE. 3 de ellos son miembros de la academia de las ciencias de Enfermería de Bizkaia, 2 de ellos son estudiantes de máster en enfermería y los otros 2 están realizando el doctorado. Sus perfiles profesionales son muy diversos.
 - ✓ 2 enfermeras adjuntas del H.U. de Cruces, ambas miembros de la academia de las ciencias de enfermería de Bizkaia. Ambas habían colaborado en el desarrollo del apartado de registros de cuidados de enfermería mediante LEE de la plataforma ICIP, RSE del H.U. Cruces.
 - ✓ 2 enfermeras de la UCIP, encargadas de desarrollar la parte específica de cuidados de enfermería en la UCIP con LEE de la plataforma ICIP. Una de ellas es la supervisora de la unidad.
4. Pre-test del borrador final, realizado por el investigador principal en una muestra de 40 registros, obtenidos de manera aleatoria mediante muestreo simple por medio del programa informático de muestreo disponible en la unidad de investigación. La muestra se calculó para una tasa de pérdida del muestreo del 20%. Se evaluará la comprensión y precisión del instrumento en conjunto y de sus 4 subescalas por separado, utilizando el alfa de Cronbach por medio del SPSS versión 20.0.

La escala, según el momento de la validación en el que se encuentra actualmente, queda reflejada en el Anexo IV.

3.7. Valoración de la validez del estudio:

Decidimos realizar el estudio como cuasi-experimental, debido a que éticamente no era correcto hacer un estudio experimental y dejar a una parte de la plantilla de enfermeras sin recibir la intervención. Aunque perdemos control del factor de estudio, consideramos más importante formar a todo el personal en algo tan necesario como el registro adecuado de los cuidados administrados.

La validez interna del estudio dependerá la representatividad de los episodios de ingreso estudiados y de las no respuestas en las encuestas de satisfacción y conocimientos de los profesionales de enfermería.

En el caso de los episodios de ingreso, es posible que a pesar utilizar una técnica de muestreo adecuada, la variabilidad aleatoria (el azar) determine que se obtenga una muestra no representativa de la población de estudio. Esto puede ocurrir si en uno de los periodos estudiados el volumen de ingresos es muy bajo o el tipo de pacientes ingresados no son de la complejidad habitual (demoras de ingresos en planta por saturación de camas, por ejemplo). En ese caso se verá comprometido el principio de representatividad.

En el caso de la satisfacción y los conocimientos de los profesionales, se estudiará a todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión y se ajustará la potencia del estudio a las pérdidas que se produzcan. El análisis será por intención de estudio, teniendo en cuenta las no respuestas, ya que una limitación importante del estudio es el número de profesionales de enfermería que podemos estudiar.

La encuesta de valoración de la calidad de los registros Q-DIO nos parece la más adecuada para nuestro estudio una vez adaptada a la unidad, tanto por sus características de unidad de cuidados intensivos como a la de atender a pacientes pediátricos.

Las encuestas de satisfacción y de valoración de los conocimientos han tenido que ser elaboradas por la investigadora principal al no existir ninguna encuesta validada que pudiera adecuarse a nuestro estudio.

Para evitar los errores sistemáticos, se asegurará la aleatorización de los episodios de ingreso a estudiar (sesgo de selección) y la valoración de las encuestas por sujetos instruidos para esta labor (sesgo de información)

La validez externa del estudio dependerá de la validez interna que hayamos conseguido. Para generalizar los resultados a otras poblaciones serían necesarios otros estudios semejantes en otras UCIP de otros centros sanitarios o estudios multicéntricos que den consistencia a los resultados. Hay que tener en cuenta que no todas las UCIP tratan el mismo tipo de pacientes. En nuestro caso, somos centro de referencia de la zona norte y atendemos pacientes derivados porque en su centro de origen no se les puede atender (por ejemplo ECMO o trasplante renal). Pero no realizamos algunas otras intervenciones que están centralizadas en centros concretos, como el trasplante hepático pediátrico. Por tanto, serían necesarios más estudios para generalizar los datos a las diferentes UCIP.

Lo mismo ocurre con el personal de enfermería, un estudio multicéntrico nos daría permitiría obtener una muestra mayor y, por tanto, mayor representatividad de los resultados.

Para evitar el efecto Hawthorne, que consiste en una respuesta inducida de los participantes del estudio al saberse estudiados, la revisión de episodios de ingreso pre-intervención se realizará de forma retrospectiva. De esta forma, el conocer que se va a poner en marcha un proyecto de formación para valorar la calidad de los registros no condicionará a los profesionales de enfermería a mostrar más empeño del habitual en el registro de cuidados. La valoración previa a la intervención será una muestra más ajustada de la realidad antes de la formación en LEE, sin contaminación. Por otra parte, éticamente nos parece inadecuado demorar la formación en LEE hasta cumplir el periodo pre-intervención marcado.

Tendremos en cuenta también, como principal factor de confusión, la sobrecarga laboral de los profesionales de enfermería. Es posible que haya momentos en los que los registros no se realicen de una forma adecuada por falta de tiempo, por tener que atender varios enfermos con alta carga de trabajo o porque se produzca una situación de urgencia vital que dificulte el registro. En estos casos, los profesionales de enfermería a pesar de tener los conocimientos y habilidades para un registro de cuidados de calidad, no tendrán posibilidad de dedicarle el tiempo que requiere. Estos factores de confusión se controlarán valorando los ratios enfermera / paciente, enfermera / médico (a más profesionales médicos atendiendo al paciente más carga puede suponer para la enfermera) y el número de enfermeras por turno.

3.8. Previsión del análisis de datos:

Para la recogida y análisis de los datos se utilizará el SPSS versión 20.0.

Previo al análisis estadístico de los datos se realizará una valoración de la calidad de los mismos, para detectar frecuencias extremas, inconsistencias y missings. En estos casos el valor se tomará como ausente (nulo).

El análisis estadístico comenzará con la descripción de la población estudiada, examinando individualmente cada variable incluida en el estudio. Se analizarán las características de los pacientes estudiados, el personal de enfermería y las circunstancias de la UCIP en los periodos pre y post-intervención

Se realizará un análisis de la comparabilidad inicial, para asegurar que los episodios de ingreso seleccionados aleatoriamente en los periodos pre y post-intervención son comparables en cuanto a las características de los pacientes: edad, sexo, patología de ingreso, días de ingreso y la presencia/ ausencia de dispositivos. También se compararán las circunstancias de la unidad en ambos periodos: número de enfermeras por turno, ratios enfermera/ paciente y enfermera/ médico. Por último compararemos las características del personal de enfermería en ambos periodos: experiencia en la unidad del personal, tiempo desde diplomatura y tipo de contrato.

Se realizará un análisis de datos crudos para determinar la calidad de los registros pre-intervención frente a los registros post-intervención. Los datos se presentarán en forma de media y desviación típica. Se representarán mediante diagramas de cajas. Realizaremos una comparación de las medias con la T de Student y calcularemos el intervalo de confianza mediante la fórmula:

$$IC = (\bar{x}_A + \bar{x}_B) \pm Z\alpha \cdot EED$$

$$\text{Siendo } EED = s \cdot \sqrt{(1/n_A + 1/n_B)}$$

$$y \quad s = \sqrt{[s_A^2(n_A - 1) + s_B^2(n_B - 1)] / (n_A + n_B - 2)}$$

Si el IC del 95% incluye el valor 0, concluiremos que el resultado no es significativo. Si, por el contrario, excluye este resultado, existirá una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de los registros pre y post-intervención tal y como planteaba nuestra hipótesis alternativa.

Se realizará un análisis multivariante relacionando las características de la UCIP durante los periodos de estudio con la calidad de los registros: ratio paciente/enfermera; ratio médico/enfermera

También se analizarán las características de los pacientes con la calidad de los registros.

Se analizará la satisfacción del personal de enfermería pre y post-intervención. Los datos se presentarán en forma de proporciones y porcentajes y se representarán en diagramas de barras. Se compararán las proporciones con prueba de Mc Nemar, que nos permite medir la mejora, empeoramiento o no variación de la misma. Se calculará el IC mediante la fórmula para datos apareados:

$$IC = (P_A - P_B) \pm Z\alpha \cdot EED$$

$$\text{Siendo } EED = \frac{1}{n} \sqrt{b+c} \cdot \left[\frac{(b-c)^2}{n} \right]$$

Si el IC del 95% incluye el valor 0, concluiremos que el resultado no es significativo. Si, por el contrario, excluye este resultado, existirá una diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción del personal de enfermería de la unidad antes y después de la intervención formativa

Se realizará un análisis multivariante de las características del personal comparándolo con el nivel de satisfacción pre y post- intervención: edad del personal, sexo, años desde diplomatura, situación laboral, experiencia laboral en la UCIP.

3.9. Aspectos éticos y legales:

Siguiendo los estándares internacionalmente reconocidos, el estudio será autorizado por el comité ético de investigación clínica del H.U. Cruces previo a su puesta en marcha, así como por la dirección del centro.

La investigadora principal realizará el estudio cumpliendo con la Ley 14/ 2007 de Investigación Biomédica y la Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La información de las historias clínicas será recogida de forma anónima, de forma que no incluyan datos personales de los pacientes que puedan identificarlos. Esto coincide con la finalidad del estudio

que es analizar la calidad de los registros, para lo que no es necesaria la identificación de los pacientes cuyas historias serán incluidas en el estudio. Únicamente se recogerán datos relativos a los cuidados de enfermería administrados, registrados en la valoración de enfermería y en el plan de cuidados, con el fin de analizar la calidad de los mismos y con intención de detectar áreas de mejora de la asistencia.

3.10. Presupuestos:

El proyecto no contará con financiación externa, sólo contará con el apoyo material y de infraestructuras de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del H.U. Cruces.

3.11. Cronograma

	2012		2013												2014												2015			
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO		
Implantación ICIP	X																													
Episodios de ingreso pre-intervención		X	X	X	X	X	X	X																						
Entrega de encuestas de satisfacción y conocimientos											X							X												
Intervención												X	X	X	X	X	X													
Periodo vacacional									X	X											X	X								
Revisión de Historias clínicas post-intervención																		X	X	X			X	X	X					
Análisis estadístico																										X	X			
Difusión de los resultados																													X	

4. BIBLIOGRAFÍA:

1. Gonzalez Jurado MA. Normalización de la práctica enfermera como contribución a la salud, la calidad asistencial y la seguridad clínica de las personas. Evaluación de los cuidados del paciente neumológico [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina; 2006.
2. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *J Clin Nurs*, 2007; 16 (10): 1826-38
3. Sanilex.com. 2012. Sevilla: WebSanitaria 01, S.L. [actualizado 8 de febrero 2012; citado 6 de julio de 2013]. Disponible en: www.sanilex.com
4. Lunney, M. Critical thinking and accuracy of nurses diagnoses'. *International Journal of nursing terminologies and clasifications*, 2003; 14 (3): 96-107.
5. Lee, T.T. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of clinical nursing*, 2005; 14 (5): 640-647.
6. Thoroddsen A. Applicability of the nursing interventions clasification to describe nursing. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 2005; 19 (2): 128-139
7. Herdman T.H. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
8. Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M.L; Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
9. Bulechek, G; Butcher, H.K; Dochterman, J.M.C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
10. Frisch, N.C; Kelly, J.H. Nursing diagnosis and nursing theory: exploration of factors inhibiting and supporting simultaneous use. *Nursing Diagnosis*, 2002; 13: 53-61

11. Lunney, M; Parker, L; Fiore, L; Cavendish, R; Pulcini, J. Feasibility of studying effects of using NANDA, NIC and NOC on nurses' power and children's outcomes. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 2004; 22: 316-325
12. Keenan, G; Yakel, E. Promoting safe nursing care by bringing visibility to the disciplinary aspects of interdisciplinary care. AMIA Annual Symposium Proceedings, 2005; 385-89.
13. Smith-Higuchi, K.A; Dulberg, C; Duff, V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. Nursing Diagnosis, 1999; 10 (4): 137-47.
14. Keenan G; Falan , S; Heath, C; Treder, M. Establishing competency in the use of North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Outcomes Classification and Nursing Interventions classification Terminology. Journal of Nursing Measurement, 2003; 11: 183-98.
15. Müller-Staub, M; Stucker-Studer, U. Klinische entscheidungsfindung: förderung des kritischen denkens im pflegediagnostischen prozes durch fallbesprechungen (Clinical decision making: fostering critical thinking in the nursing diagnostic process through case studies). Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 2006; 19 (5): 281-286.
16. Institute of Medicine. Key capabilities of an electronic health record system. National academy press, 2003; Washington DC.
17. Hale, C; Thomas, L; Bond, S; Todd, C. The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. Journal of Clinical Nursing, 1997; 7: 523-28.
18. Erenberg, A; Efforts, M; The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' description. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2001; 15: 303-10.
19. Müller-Staub, M.; Needman, I.; Odenbreit, M.; Lavin, A.; Van Achterberg, T. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. J Adv Nurs, 2008; 63 (3): 291-301.

20. Salgado, P.O.; Chianca, T.C. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2011; 19 (4): 928-35
21. Cachón Pérez, J.M.; Álvarez López, C.; Palacios Ceña, D. The meaning of standardized language NANDA-NIC-NOC intensive care nurses in Madrid: a phenomenological approach. *Enfer Intensiva*, 2012; 23 (2): 68-76.
22. Hospital Universitario de Cruces. [Actualizado 06 de julio de 2013; citado 06 de julio de 2013] Disponible en: www.hucruces.com
23. Müller-Staub, M.; Needman, I.; Odenbreit, M.; Lavin, M.A.; Van Achterberg, T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *Int J Nurs Terminol Classif*, 2007; 18 (1): 5-17.
24. Berrios Martos M. Pilar, Augusto Landa José María, Aguilar Luzón María del Carmen. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2013 Jun 25]; 15(54): 30-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200006>.
25. Müller-Staub, M.; Lunney, M.; Odenbreit, M.; Needman, I.; Lavin, M.A.; Van Achterberg, T. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *J Clin Nurs*, 2009; 18 (7): 1027-37.
26. Müller-Staub, M; Lunney, M; Lavin, M.A; Needham, I; Odenbreit, M; Van Achterberg, T. Testing the Q-DIO as an Instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 2008; 19 (1): 20-7.
27. Linch, G.F.C; Müller- Staub, M.; Moraes, M.A.; Azzorlin, K.; Rejane Rabelo, E. Cross-cultural adaptation of the quality of diagnoses, interventions and outcomes (Q-DIO) instrumente into Brazilian Portuguese. *International Journal of Nursing knowledge*, 2012; 23 (3): 153-58.

28. Martín Arribas, M.C; Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5 (17): 23-29.
29. Molina, J.J. Adaptación y validación al Castellano de la escala de Despersonalización de Cambridge. [Tesis doctoral]. Universidad de Córdoba; 2008.
30. Argimon, J.P; Jiménez, J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3º Ed. Madrid: Elsevier; 2004.
31. Salamanca, A.B; El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
32. Prescripción Enfermera. El portal de los profesionales de enfermería. 2012 [actualizado 6 de julio de 2013; citado 6 de julio de 2013]. Disponible en:
www.prescripcionenfermera.com

ANEXO I: Encuesta de evaluación de los conocimientos sobre LEE.

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LEE:				
A. Diagnósticos de enfermería NANDA: Los diagnósticos NANDA están formados por una etiqueta, los factores relacionados o de riesgo y las características definitorias				
SIGNIFICADO	de ninguna de ellas	de menos de la mitad	de más de la mitad	de todas ellas
PUNTUACIÓN	0	1	2	3
1. ¿Conoces la definición de las etiquetas diagnósticas que aparecen tras la valoración del paciente en el ICIP?				
2. ¿Conoces el significado de los factores relacionados de los diagnósticos NANDA?				
3. ¿Conoces el significado de las características definitorias de los diagnósticos NANDA?				
B. Resultados de enfermería NOC: Los resultados NOC están formados por una etiqueta, unos indicadores y una escala de medición para valorarlos por medio de una escala Likert:				
SIGNIFICADO	de ninguno de ellos	de menos de la mitad	de más de la mitad	de todos ellos
PUNTUACIÓN	0	1	2	3
4. ¿Conoces la definición de los resultados de enfermería NOC incluidos en el ICIP?				
5. ¿Conoces los indicadores que sirven para valorar el resultado?				
6. ¿Conoces la escala de medición de cada uno de ellos?				
7. ¿Identificas el valor de cada medición (de 1 a 5) en cada resultado?				
C. Intervenciones de enfermería NIC: Las intervenciones NIC agrupan de forma estandarizada las actividades que realizamos al paciente:				
SIGNIFICADO	de ninguna de ellas	de menos de la mitad	de más de la mitad	de todas ellas
PUNTUACIÓN	0	1	2	3
8. ¿Conoces la definición de cada una de las intervenciones incluidas en el ICIP?				
9. ¿Identificas las actividades incluidas en cada intervención NIC?				
10. ¿Identificas las actividades que realizas con las intervenciones NIC incluidas en el ICIP?				

Puntuación: **A:** Máx 9- Min 0; **B:** Máx 12- Min 0; **C:** Máx 9- Min 0. **TOTAL:** Máx 30- Min 0

Valoración de los conocimientos:

Nulos (0-5) / Escasos (6-11) / Medios (12-17) /Adecuados (18-23) / Excelentes (24-30)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO AL REGISTRO DE CUIDADOS CON LENGUAJE ENFERMERO ESTANDERIZADO:

1. Sexo:

Hombre

Mujer

2. Grupo de edad en la que te encuentras:

De 20 a 30 años

De 30 a 40 años

De 40 a 50 años

De 50 a 60 años

Más de 60 años

3. Indica el tiempo que ha transcurrido desde tu diplomatura en enfermería:

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

De 5 a 10 años

De 10 a 15 años

Más de 15 años

4. Indica tu experiencia laboral en la UCIP: Suma del tiempo que has trabajado en esta unidad a lo largo de tu carrera profesional

Menos de 6 meses

De 6 meses a 1 año

De 1 a 2 años

De 2 a 3 años

De 3 a 4 años

Más de 4 años

5. Indica la situación laboral en la que te encuentras actualmente:

Contrato retén

Contrato temporal

Personal interino

Personal fijo

6. Indica si has recibido en los últimos 5 años formación sobre LEE:

- Formación previa a la implantación de ICIP: curso 2h NO SI
- Formación on-line NO SI Horas de duración:
- Formación presencial NO SI Horas de duración:

7. Indica el tiempo medio que tardas en completar el plan de cuidados y la valoración de enfermería en cada turno:

MAÑANA:

TARDE:

NOCHE:

Menos de 10 minutos

Menos de 10 minutos

Menos de 10 minutos

De 10 a 20 minutos

De 10 a 20 minutos

De 10 a 20 minutos

De 20 a 40 minutos

De 20 a 40 minutos

De 20 a 40 minutos

Más de 40 minutos

Más de 40 minutos

Más de 40 minutos

8. Mide el grado de satisfacción de las siguientes características con respecto al plan de cuidados:

	Muy satisfecho	Satisfecho	Normal	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Transmisión de información entre profesionales					
Representatividad de los cuidados administrados frente a lo registrado					
Visibilidad de los cuidados: qué se ha hecho y a qué hora					
Planificación de los cuidados: qué hay que hacer y a qué hora					

9. Indica tu nivel de satisfacción en referencia a la comprensión del LEE:

	Muy satisfecho	Satisfecho	Normal	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Comprensión del significado de las etiquetas de los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC que utilizo en los registros del plan de cuidados.					
Comprensión de la relación entre los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC que reflejo en el plan de cuidados del mismo paciente.					
Comprensión de la metodología de selección / exclusión de los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC de entre los posibles para un mismo paciente					

10. ¿Consideras importante el registro de los cuidados mediante lenguaje estandarizado?

SI

NO

Explica el motivo de tu respuesta:

ANEXO III:

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LEE:			
	SI	NO	NS/NC
1. ¿Te parece sencillo su uso en la práctica diaria?			
2. ¿Has acudido alguna vez a los libros de referencia de lenguaje enfermero estandarizado NANDA, NIC, NOC para consultar los contenidos del plan de cuidados?			
3. ¿Lo consideras representativo de los cuidados que administras al paciente?			
4. ¿Crees que con la formación adecuada podría el LEE ser representativo de los cuidados que administras al paciente?			
5. ¿Crees necesaria una mayor formación para Aplicar los diagnósticos NANDA de una forma más precisa en tu unidad?			
6. ¿Crees necesaria mayor formación para adecuar los resultados NOC identificados y su valoración a la situación de los pacientes de UCIP?			
7. ¿Crees necesaria una mayor formación para identificar los cuidados que realizas en los pacientes con las intervenciones NIC?			
8. ¿Crees necesaria una formación teórica más profunda de los componentes del lenguaje enfermero para aplicarlo a tu unidad?			
9. ¿Crees necesaria la formación práctica por medio de casos clínicos para el adiestramiento en su aplicación al plan de cuidados?			
10. ¿Crees que esa formación la debe proporcionar alguien ajeno a la unidad?			
11. ¿Te parecería útil elaborar planes de cuidados estandarizados para las patologías más comunes de la unidad?			
12. ¿Crees que los planes de cuidados estandarizados los debe elaborar alguien ajeno a la unidad?			
13. ¿Crees que los planes de cuidados estandarizados los deben elaborar los profesionales que trabajan en la unidad?			

ANEXO IV: Escala Q-DIO para UCIP

ESCALA Q-DIO PARA UCIP	Nº		
A. Diagnóstico enfermero como proceso:	0	1	2
1. Situación actual que conduce a la hospitalización			
2. Entorno social y familiar: cuidadores y posibilidad de relevo			
3. Ansiedad y preocupaciones relacionadas con la hospitalización: paciente			
4. Ansiedad y preocupaciones relacionadas con la hospitalización: padres/ tutores			
5. Afrontamiento de la situación actual/enfermedad: lazos madre/hijo			
6. Información del paciente y familiares/ Otra información significativa sobre la situación			
7. Actividades recreativas y de ocio			
8. Personas responsables: padres/tutores y teléfonos			
9. Actividades de la vida diaria			
10. Prioridades de enfermería pertinentes de acuerdo con la valoración			
B. Diagnóstico enfermero como producto:	0	1	2
11. El diagnóstico de enfermería está documentado			
12. Los factores relacionados o de riesgo están documentados			
13. Los factores relacionados o de riesgo son correctos y se relacionan con el diagnóstico de enfermería identificado			
14. Las características definitorias están formuladas (Sólo en diagnósticos reales)			
15. Las características definitorias están correctamente relacionados con el diagnóstico de enfermería identificado (Sólo en diagnósticos reales)			
16. Los resultados de enfermería se relacionan con el diagnóstico de enfermería identificado			
17. El resultado de enfermería es factible/realizable por medio de intervenciones enfermeras			
C. Intervenciones de enfermería:	0	1	2
18. Se han planificado intervenciones de enfermería concretas, debidamente identificadas según la NIC: qué se va a hacer, como, con qué frecuencia y quién lo va a realizar			
19. Las intervenciones de enfermería actúan sobre los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería o sobre las características definitorias si los factores relacionados no pueden tratados con intervenciones enfermeras			
20. Las intervenciones de enfermería realizadas están documentadas: qué se hizo, cómo, con qué frecuencia, quien las realizó			
D. Resultados del paciente sensibles a intervenciones de enfermería:	0	1	2
21. Los diagnósticos se evalúan a diario en el turno de noche y son reformulados SP			
22. El resultado de enfermería está documentado			
23. El resultado de enfermería muestra: evolución en los síntomas del paciente y evolución en el estado funcional del paciente			
24. Hay una relación entre los resultados del paciente sensibles a enfermería y las intervenciones de enfermería			
25. Los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería están relacionados			
TOTAL			

0	No documentado
1	Parcialmente documentado/incompleto
2	Completamente documentado

