



## ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

CONDICIONES LABORALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SOAPIE DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE  
MEDICINA EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

**Línea de investigación:**  
**Salud pública**

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Administración de  
Servicios de Salud

### **Autora**

Alvarez Gonzales, Luzmila Hilda

### **Asesora**

Calderón Saldaña, Jully Pahola

ORCID: 0000-0002-8560-7973

### **Jurado**

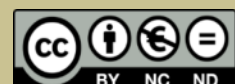
Huarag Reyes, Raúl Abel

Alvarez Huari, Erika Verónica

Cordero Tito, Leydy Kelly

**Lima - Perú**

**2024**



# CONDICIONES LABORALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SOAPIE DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://www.scielosp.org">www.scielosp.org</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://repositorio.uap.edu.pe">repositorio.uap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://repositorio.unapiquitos.edu.pe">repositorio.unapiquitos.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://www.gestiopolis.com">www.gestiopolis.com</a> Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

CONDICIONES LABORALES Y EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN  
DE ENFERMERÍA SOAPIE DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA EN  
EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Administración de Servicios de Salud

Autora

Alvarez Gonzales, Luzmila Hilda

Asesor

Calderón Saldaña, Jully Pahola

ORCID: 0000-0002-8560-7973

Jurado

Huarag Reyes, Raúl Abel

Alvarez Huari, Erika Verónica

Cordero Tito, Leydy Kelly

Lima – Perú

2024

**DEDICATORIA**

A Dios por su amor y su infinita misericordia.

A mis padres, hermanos y esposo por el amor y cariño que me han brindado siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades de la Universidad por haberme permitido realizar los estudios de Maestría en Administración en los servicios de Salud, brindándonos una educación de calidad.

A la Escuela de Pos Grado, por la orientación y palabras de aliento en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

A los catedráticos de esta casa de estudios, por sus sabios consejos y su apoyo durante nuestra formación profesional.

A nuestros asesores el Dr. Luis Alzamora de los Godos y la Dra. Jully Calderón Saldaña por su entrega y dedicación.

## ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I.INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Descripción del problema	2
1.3. Formulación del problema	3
1.3.1 <i>Problema general</i>	3
1.3.2. <i>Problemas específicos</i>	3
1.4. Antecedentes	4
1.4.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	4
1.4.2. <i>Antecedentes nacionales</i>	12
1.5. Justificación de la investigación	18
1.6. Limitaciones de la investigación	18
1.7. Objetivos de la investigación	19
1.7.1. <i>Objetivo general</i>	19
1.7.2. <i>Objetivos específicos</i>	19
1.8. Hipótesis de la investigación	20
1.8.1. <i>Hipótesis general</i>	20
1.8.2. <i>Hipótesis específicas</i>	20
II.MARCO TEÓRICO	22
2.1. Marco Conceptual	22
III. METODO	65
3.1 Tipo de investigación	65

3.2. Población y muestra	65
3.3. Operacionalización de variables	66
3.4. Instrumentos	73
3.5. Procedimientos	74
3.6. Análisis de datos	75
IV. RESULTADOS	76
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	92
VI. CONCLUSIONES	95
VII. RECOMENDACIONES	97
VIII. REFERENCIAS	98
IX. ANEXOS	103

## RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina Hospital Nacional Cayetano Heredia. La investigación es de tipo descriptivo explicativo, retrospectivo y longitudinal en una población de 29 enfermeras. Los resultados obtenidos en el registro de los datos Subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería muestran relación estadísticamente significativa con las condiciones laborales. Así mismo los datos Objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales no muestran relación estadísticamente significativa. La valoración realizada por la enfermera respecto a la conclusión diagnóstica a través de datos subjetivos y objetivos, no muestra relación estadística con las condiciones laborales. Los resultados muestran relación estadística muy significativa entre el plan de cuidados de enfermería con respecto a los objetivos o resultados esperados en el cuidado de enfermería y las condiciones laborales. La intervención de la enfermería adaptada para el paciente y las condiciones laborales, no se muestran relacionadas estadísticamente. El nivel de evaluación del resultado asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales, muestran una relación estadísticamente significativa. Conclusión: El estudio de hipótesis, la relación entre las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina, no muestra relación estadística.

**Palabras Claves:** Condiciones laborales, proceso de atención de enfermería, SOAPIE. Valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

## ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the relationship between working conditions and compliance with the SOAPIE nursing care process of patients at the Hospital Nacional Cayetano Heredia medical service. The research is descriptive, explanatory, retrospective and longitudinal in a population of 29 nurses. The results obtained in the recording of the Subjective data regarding the symptoms that the patient describes to the nursing staff show a statistically significant relationship with the working conditions. Likewise, the Objective data regarding the signs that the nursing staff observes and the working conditions do not show a statistically significant relationship. The assessment made by the nurse regarding the diagnostic conclusion through subjective and objective data, does not show a statistical relationship with working conditions. The results show a very significant statistical relationship between the nursing care plan with respect to the objectives or expected results in nursing care and working conditions. The nursing intervention adapted to the patient and working conditions are not statistically related. The level of evaluation of the patient care result by the nurse and the working conditions show a statistically significant relationship. Conclusion: the hypothesis study, the relationship between working conditions and compliance with the SOAPIE nursing care process of patients in the medical service, does not show a statistical relationship.

**Keywords:** Labor conditions, nursing care process, SOAPIE. Assessment, nursing diagnosis, planning, execution and evaluation.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

La Valoración es la recolección conjunta y continua de manera organizada de información de datos relacionados al paciente, es un proceso que se realiza de una manera continua en cada uno de las fases del proceso de enfermería. Esta información recolectada debe realizarse de manera precisa y completa de lo que refiere el paciente, sus experiencias evidenciadas de la enfermedad, sus valores y estilos de vida, por lo que el profesional de enfermería deberá analizar de una manera crítica la información obtenida. (Berman et al., 2008).

El profesional de enfermería se observa que durante su desempeño laboral carece de tiempo suficiente para realizar de manera integral una valoración de enfermería completa. Es decir el tiempo parece ser insuficiente por lo que tiene a su cargo la responsabilidad de un promedio 15 pacientes por turno de 12 horas y ocupa la mayor parte de su jornada laboral en desempeñar funciones administrativas como: actualización de kárdex, tramitación de los exámenes auxiliares e interconsultas médicas, el registro de ingresos y egresos de pacientes etc.) y función asistencial como la administración de medicamentos según horario programado y las intervenciones de enfermería, y solo una cuarta parte de su tiempo en la recopilación de información que es insuficiente para obtener los datos subjetivos y datos objetivos, lo cual los registros se ven reflejados con deficiencia en las anotaciones importantes en su calidad de atención, no tiene nada que ver con las muchas intervenciones de enfermería realizadas por la enfermera, que pasa la mayor parte de su turno cuidando ella misma al paciente. En el Servicio de Medicina, una sola enfermera es responsable de 13 a 15 pacientes en un turno de 12 horas, un nivel que es insostenible, cuando se considera que más del 40% de estos pacientes ingresan con un grado de dependencia III o IV (críticamente mal, inestables, con afectación

multiorgánica importante), se puede ver por qué esta estadística es tan alta, en estado crítico, inconsciente, necesitada de una intervención terapéutica no ortodoxa, en tratamiento quirúrgico especializado, necesitando cuidados de enfermería por personal altamente calificado, requiriendo evaluación, seguimiento y cuidados constantes, necesitando por tanto mayor número de enfermeros.

## **1.2. Descripción del problema**

En el servicio de medicina se pudo observar que el profesional de enfermería dispone de poco tiempo para poder cumplir con los registros de enfermería debido a la excesiva carga laboral, que demandan los pacientes debido que el profesional asume más responsabilidades y menos disponibilidad de tiempo para realizar un registro adecuado de enfermería. Para atender las demandas de los pacientes dentro de una institución, es fundamental contar con un número adecuado de enfermeras y un recurso humano competente, como lo demuestra la práctica de enfermería.

La sobrecarga y el estrés son características del entorno de trabajo con el que la enfermera entra en contacto a diario, los cuales tienen un impacto negativo en la capacidad de la enfermera para hacer su trabajo con eficacia, dando origen a la insatisfacción laboral por parte del profesional de enfermería por no contar con incentivos y estímulos del trabajador debido a la condición laboral de ser un personal contratado donde carece de algunos beneficios remunerativos lo cual es obligado a tener que laborar en otra institución prestadora de servicios de salud.

Sin embargo, esta condición de sobrecarga de trabajo se produce porque el enfermero está expuesto a una serie de peligros inherentes a la actividad profesional. En este sentido el presente trabajo trata desde una perspectiva diferente enfocar el problema de las condiciones

laborales con el adecuado cumplimiento del proceso de atención de enfermería a través del SOAPIE.

### **1.3. Formulación del problema**

#### ***1.3.1. Problema general***

¿En qué medida las condiciones laborales se relacionan con el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de Medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia?

#### ***1.3.2. Problemas específicos***

- ¿Cómo es el adecuado registro de los datos Subjetivos respecto a los signos que el paciente describe al personal de enfermería y las condiciones laborales?
- ¿Cómo es el adecuado registro de los datos Objetivos respecto a los síntomas que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales?
- ¿Cómo es el adecuado registro del análisis de la valoración respecto a la conclusión diagnóstico de enfermería de los datos subjetivos, objetivos y las condiciones laborales?
- ¿Cómo es el adecuado registro del plan de cuidados de enfermería con respecto a la toma de decisiones y la solución del problema y las condiciones laborales?
- ¿Cómo es el adecuado registro de la intervención de la enfermería basado en el juicio clínico y el conocimiento del profesional orientado para el paciente y las condiciones laborales?
- ¿Cómo es el adecuado registro de la evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales?

## **1.4. Antecedentes de la investigación**

### ***1.4.1. Antecedentes internacionales***

En el estudio realizado según Gutiérrez et al. (2017), en el estudio que se tituló: “Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias en Colombia”. Utilizando una entrevista estructurada para la recolección de datos, los investigadores en un estudio transversal descriptivo de 100 enfermeras hospitalarias en centros de atención de diversos grados de complejidad encontraron:

Los hallazgos revelaron que la mayoría (54%) de los enfermeros citan la falta de tiempo como motivo para no aplicar el proceso de enfermería, con una edad promedio de 31.9 años y una media de pacientes por turno de 12.2 a 15,5; Se estableció una fuerte correlación a favor de la ampliación del uso del enfoque de atención de enfermería. Los hallazgos indicaron que la percepción de PAE está orientada a apreciar el valor del tratamiento informado por PAE y el crecimiento de la autonomía del paciente como resultado de la educación y la práctica de enfermería; uno de los argumentos más comunes contra el uso del PAE es que simplemente no hay suficiente tiempo. El uso más frecuente del PAE y los efectos positivos en la práctica profesional y la salud del paciente se asocian con una visión más positiva de la utilidad del PAE.

Otro estudio realizado por Canales et al. (2016) titulado “Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile”, sostiene que el campo de la enfermería es muy amplio y juega un papel crucial tanto en la atención secundaria como en los hospitales primarios. Sin embargo, sus condiciones de trabajo y los riesgos laborales que conllevan son cada vez más conocidos. El estudio se propuso determinar qué factores contribuyen a la alta tasa de enfermedad que experimentan las enfermeras chilenas en el trabajo. El estudio analizó las condiciones laborales de las enfermeras en Chile a través de un análisis sistemático de bases

de datos relevantes. En una investigación retrospectiva y descriptiva utilizando una búsqueda sistemática basada en las directrices de la Red de Salud Ocupacional. Usando las palabras clave "enfermería", "trabajo", "personal de enfermería", "condiciones de trabajo", "enfermedades ocupacionales" y "riesgos ocupacionales", los investigadores buscaron en Web Science, Mediline, la Biblioteca Cochrane, Acopas, Sky y Lilacs. compilar un universo de publicaciones chilenas que coincidan con estas descripciones. Se utilizaron nueve publicaciones para sacar conclusiones sobre el agotamiento, la carga de trabajo mental, el malestar psicofisiológico y el cansancio.

Los hallazgos del estudio confirman que las enfermeras en Chile enfrentan escasez de material, alta demanda laboral y recursos inadecuados en el lugar de trabajo. Los hallazgos indicaron que los principales problemas que afectaban al personal de Enfermería estaban relacionados con riesgos psicológicos como el estrés, el agotamiento y el agotamiento.

Pérez-Viltres (2016) en el estudio que se tituló: “Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara”. Insiste en que el Proceso de Atención de Enfermería es fundamental para llevar la teoría a la práctica con éxito. El objetivo de esta investigación fue evaluar la familiaridad de los enfermeros con el proceso de atención de enfermería. En 2014, se utilizó como método de investigación transversal descriptivo en Yara. Había 122 enfermeras en la muestra. Se utilizó una encuesta para obtener la información. Se consideraron edad, sexo, área de trabajo, años de experiencia, qué tan útil encontraron los encuestados el Proceso de Atención de Enfermería, las estrategias de adquisición de conocimientos y el conocimiento general. Se produjeron porcentajes y distribuciones de frecuencias absolutas para el análisis de datos, lo que nos mostró que Resultados: La mayoría de los encuestados tenían entre 40 y 49 años, eran mujeres (95,90%) y trabajaban en una oficina (56,55%); El 50,81 % tenía 21 años de experiencia o más, el 51,63 % encontró valioso el proceso, el 71,31 % aprendió sobre el tema de sus instructores y el 24,59

% aprendió bastante. 64.7% tenía un nivel de conocimiento típico. Los profesionales de enfermería del municipio de Yara tienen un conocimiento suficiente del Proceso de Atención de Enfermería; sin embargo, tienen espacio para crecer, particularmente en las áreas de identificación de necesidades de los pacientes y desarrollo de diagnósticos de enfermería.

Por ejemplo, Flores (1996) realizó un estudio relacionado con el proceso de atención de enfermería realizado en un barrio de Madrid donde se ha prestado atención domiciliaria en el pasado, buscó identificar los problemas de salud más prevalentes que afectan a las personas mayores de la ciudad. Se estudiaron los hábitos de trabajo de diez enfermeros de una EAP a lo largo de un año en una investigación observacional transversal. Los datos sobre los patrones de salud funcional evaluados, las etiquetas de diagnóstico utilizadas y los planes de tratamiento generados se han recopilado de los 115 pacientes con al menos un diagnóstico de enfermería definido. El análisis estadístico de estos datos arrojó la siguiente edad media, 84 años. Nutrición y metabolismo (65,9%), actividad física y ejercicio (61,2%), procesamiento cognitivo y perceptivo (61,2%) y erradicación (52,9%) fueron los patrones más preferidos. El pronóstico más común es un cambio en la integridad de la piel. La evaluación está orientada a establecer un diagnóstico. Sólo el 33% de los enfermeros tenían el Plan de Cuidados correcto, mientras que el 67% estaba equivocado. Los patrones de salud funcional en el ámbito biológico son los más valorados, como conclusión. La protección y el cuidado de la piel son preocupaciones primordiales.

Bravo et al. (2005) realizaron un estudio pertinente a la práctica de enfermería en una unidad hospitalaria que atiende a niños con lesiones múltiples (75 de los cuales tienen lesiones cerebrales traumáticas [TBI] y 10 de los cuales tienen lesiones graves en la cabeza [SHI]). El traumatismo craneoencefálico (TBI) se define como el daño al cerebro y/o sus cubiertas debido a la liberación de energía directa o como efecto secundario de la inercia. Este artículo analiza el departamento de emergencias y su personal de enfermería, cómo se implementa un plan de

tratamiento estandarizado y cómo esto contribuye al desarrollo de una mejor atención de enfermería para pacientes con TBI de leve a grave. El estudio se propuso evaluar la eficacia de una estrategia estandarizada de atención de enfermería para el tratamiento de niños con TBI de moderado a grave en el Servicio de Emergencia de HBO. Debido a su alta morbilidad y ocurrencia, el TCE en niños es un fenómeno que requiere investigación permanente. Pueden estar presentes signos clínicos y/o de imagen de la lesión. Por lo tanto, es fundamental implementar planes de atención de enfermería a los pacientes con esta patología con el fin de seguir su evolución y brindar la terapia adecuada a tiempo para prevenir complicaciones a largo plazo o la posible muerte del niño. El Proceso de Atención de Enfermería (PAN) es una estrategia desarrollada por enfermeras que aplica el método científico a la prestación de atención de una manera que es a la vez profesional y agradable. Se planteó la existencia y la implementación de un plan de atención de enfermería estandarizado para pacientes pediátricos con TCE moderado-grave en el departamento de emergencia de HPBO, con el objetivo de mejorar la atención de enfermería para estos pacientes.

Guillermo y Pastor (2010), su trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos UTI de Medellín tiene como objetivo describir los elementos que influyen en la implementación del proceso de atención de enfermería (PAE) y la taxonomía de diagnósticos, tratamientos y resultados. Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal entre abril y junio de 2007 en una muestra de conveniencia de 65 enfermeras registradas que trabajaban en 12 unidades de cuidados intensivos. Se investigaron una variedad de enfoques de atención, el PAE y los niveles de habilidad, junto con factores socioeconómicos y ocupacionales. hospital, clínica u otro establecimiento de salud con registros de enfermería organizados metodológicamente. Los hallazgos mostraron que los profesionales son en su mayoría mujeres jóvenes con poca experiencia que brindan atención mediante evaluaciones, elaboración de planes basados en diagnósticos médicos y de acuerdo con los procedimientos establecidos en

las unidades de cuidados intensivos. Si bien afirman no utilizar PAE, sí participan en la evaluación, la planificación y la intervención, así como, en menor medida, en el diagnóstico y la evaluación, lo que indica un grado modesto de aptitud clínica. Se argumenta que los enfermeros valoran el PAE como componente de su identidad profesional pero no lo adoptan como estrategia de prestación de cuidados (6).

Garrido-García et al. (2003), en el área de salud “Ángel Arturo Aball” del municipio Habana Vieja, realizó un trabajo para identificar los desafíos gerenciales que trae consigo el proceso de atención de enfermería (PAE) en el Proceso de Ingreso Domiciliario. El número total de enfermeras registradas empleadas por los establecimientos médicos locales sirvió como universo para este estudio descriptivo cualitativo. Los hallazgos básicos crean desafíos con recursos accesibles como material de vendajes, medicamentos y herramientas, y con tiempo disponible para ejecutar el PAE debido a la interferencia de otras tareas urgentes e inesperadas. Por último, pero no menos importante, se aclaró que el personal de enfermería local está familiarizado con los criterios que emplean los médicos para determinar la admisión a domicilio.

Mondragón y Jiménez (2013), describe un proceso gangrenoso de causa desconocida; fue descrita por primera vez por Baurienne en 1764 y luego por A. L. Fournier en 1883; Tiene muchos nombres, como gangrena idiopática, erisipela gangrenosa y gangrena estreptocócica del escroto. Se ha informado una alta morbilidad y muerte por esta afección en ambos sexos; es más frecuente en personas de 40 a 70 años con factores de riesgo como diabetes mellitus y consumo persistente de alcohol (1 de cada 7500 casos). Los síntomas incluyen un rápido deterioro de la salud de los tejidos debido a una infección necrosante de los tejidos blandos vaginales y perirrectales. Los profesionales de enfermería han desarrollado su propia metodología, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el Plan de Atención de Enfermería (PLACE), para avanzar en la atención que brindan y abordar las necesidades humanas de sus

pacientes, un marco para utilizar los talentos, conocimientos y habilidades de uno al servicio de brindar un tratamiento personalizado e integral. El propósito de este estudio fue utilizar la taxonomía NANDA, NOC, NIC para la identificación de patrones funcionales en un paciente con gangrena de Fournier para cumplir mejor con los requisitos de atención humana del paciente.

León (2005), señala que, a partir de la década de 1960, los cubanos han buscado activamente enfoques innovadores para mejorar el estándar de atención de enfermería que se brinda al público. La implementación de un sistema de registro en el Proceso de Atención de Enfermería en 1995 tiene consecuencias de largo alcance. Todavía hay problemas con los servicios de atención médica a pesar del cuerpo existente de conocimiento especializado y los esfuerzos realizados para documentar este procedimiento con excelente calidad. En el segundo trimestre de 2003, se realizó un estudio bibliográfico profundo y discusiones con especialistas en el tema para actualizar el Proceso de Atención de Enfermería y argumentar la importancia de su uso y registro. Los criterios de los profesionales de la atención y la educación se utilizan para evaluar las nuevas técnicas propuestas, que luego se registran con los proveedores de atención pertinentes. Los planes recomendados hicieron uso de ajustes factibles y fueron moderados por las realidades objetivas de la era actual, pero nunca perdieron de vista la meta a largo plazo.

Muñoz et al. (2015) refiere que mide la eficiencia con la que se incentiva la práctica de ejercicio físico a los pacientes mayores de cinco establecimientos de la tercera edad del Centro-Occidente Metropolitano de Colombia como parte del proceso de atención de enfermería (PAE). Usando una combinación de asignación aleatoria y un grupo de control, pudimos colocar a 30 personas en cada uno de los dos grupos usando la Metodología de Intervención Comunitaria. Se utilizó la taxonomía NANDA NIC-NOC para PAE en ambos grupos (aparte del grupo de intervención). La función cerebral, la capacidad física y el grado de dependencia

se midieron en estas 13 categorías. Los tres diagnósticos principales se dividieron en un conjunto de tres resultados separados, todos los cuales debían medirse en escalas NOC de 4 indicadores separadas. Durante el transcurso de 10 sesiones, el primer grupo recibió cirugía basada en el diagnóstico apropiado, mientras que el segundo siguió el protocolo CBA. Análisis de comparaciones de puntuación NOC. Un punto por participante en promedio en cada NOC mostró una mejora, lo que indica efectividad. Los hallazgos mostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos excepto por la prevalencia del sexo femenino ( $p=0,017$ ). Los pacientes son en su mayoría adultos (72 %) mayores de 75 años con deterioro cognitivo de moderado a grave (63 %). No hubo variaciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de NOC entre los grupos. La deambulaci3n (caminar), la tolerancia a la actividad (AT), la aptitud f3sica (PF) y la resistencia (R) son cuatro 3reas que necesitan un manejo eficaz. Diez participantes en el grupo de intervenci3n se volvieron autosuficientes, mientras que solo tres personas en el grupo de control lo hicieron ( $p = 0,0004$ ). Finalmente, se refuerza el valor del PAE en la gesti3n de la atenci3n al paciente. La eficacia de la atenci3n se evalúa mediante un m3todo realista y adaptado a las necesidades de las personas mayores.

#### ***1.4.2. Antecedentes nacionales***

Castillo (2006) realiza un estudio prospectivo transversal de an3lisis b3sico que toma en consideraci3n los objetivos de la indagaci3n. El estudio fue realizado en el Hospital Santa Rosa entre enero y febrero de 2006 con la esperanza de mejorar la calidad de la documentaci3n de los enfermeros. Con el siguiente objetivo general en mente:

Identificar las variables que inciden en el uso de SOAPIE en las notas de enfermer3a. Veinte enfermeros asistenciales de diversos servicios de Pediatr3a fueron incluidos en la muestra para an3lisis. Se utiliz3 una herramienta, un examen objetivo, para recopilar esta informaci3n y se utiliz3 para medir los factores profesionales e institucionales que influyen en

el uso de SOAPIE en las notas de enfermería. A partir de los datos pudimos sacar las siguientes conclusiones sobre el uso de SOAPIE en la documentación clínica: hay dificultad para realizar el análisis o su formulación; SOAPIE no se aplica por desconocimiento y/o falta de capacitación; y/o hay miedo de cometer un error. La cantidad de enfermeras en el personal, la cantidad de pacientes atendidos, el nivel de dependencia y la falta de capacitación son características institucionales que pueden tener un impacto en la implementación de SOAPIE.

Barreto (2015) realizó un trabajo de investigación cuantitativa, prospectivo transversal método descriptivo. La población fue de 60 enfermeras, y la muestra fue escogida al azar para ser estadísticamente precisa. El cuestionario se empleó como instrumento del método de encuesta. Los resultados fueron:

Mientras el 10,9% señala la falta de variables, el 89,1% de los encuestados siente que hay elementos que impiden el correcto registro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El registro del Proceso de Atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia está influenciado por variables tanto institucionales como profesionales, siendo las consideraciones institucionales las principales razones de incumplimiento de la norma. La infraestructura inadecuada en el servicio, la falta de capacitación por parte de la institución y la falta de papeles estandarizados son ejemplos de características institucionales que se relacionan negativamente con el cumplimiento del registro, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos, un ambiente de trabajo deficiente y la falta de experiencia para registrarse dentro del marco PAE significan que simplemente no hay suficiente tiempo en la jornada laboral para hacerlo. Los factores que afectan la capacidad de las enfermeras para hacer bien su trabajo incluyen la falta de educación especializada o de posgrado, la incapacidad de pagar la capacitación, trabajar más horas que la cantidad típica por mes (lo que puede provocar agotamiento), la falta de educación más allá de una licenciatura grado, la falta de motivación profesional y el empleo en una institución diferente a la suya.

Abregú (2015), en el estudio que se tituló: “La categorización de pacientes y la fatiga laboral en el profesional de enfermería en una clínica privada – Lima 2015”: El propósito de esta investigación fue analizar cómo el cansancio en el trabajo afectaba la categorización de los pacientes. Esta investigación es un estudio transversal, analítico, no experimental. La confianza y el riesgo de los pacientes se evaluaron mediante el instrumento de categorización de pacientes, mientras que el cansancio laboral se midió mediante el instrumento de subjetividad de fatiga de Yoshitake. Se utilizó la prueba no paramétrica  $\chi^2$  para examinar la correlación entre el cansancio laboral y la clasificación de los pacientes por dependencia y riesgo. Participaron del estudio 35 enfermeros, de los cuales 57,1% relataron sentirse cansados. La mayoría de los pacientes fueron clasificados como de riesgo medio y totalmente dependientes. Se descubrió una correlación sustancial entre el agotamiento laboral y la confianza del paciente, pero no entre el cansancio laboral y la clasificación del paciente.

Gutiérrez (2009), se refiere al proceso de atención de enfermería (PAE) como el método basado en la evidencia para brindar un tratamiento óptimo: El propósito de este estudio fue describir cómo y por qué las enfermeras de cuatro hospitales diferentes utilizaron el Instrumento de Evaluación del Paciente (PAE) en su atención diaria al paciente. Metodológicamente, se trata de una investigación transversal, descriptiva, exploratoria, realizada con el consentimiento informado de 48 enfermeros mediante entrevista estandarizada. Para el análisis estadístico se utilizaron Microsoft Excel y SPSS Versión 12. Se estimó riesgos y métricas descriptivas derivadas. Falta de tiempo de turno (OR: 6,53, IC 95% 1,41-30,26,  $p = 0,022$ ), tiempo de dispensación de medicamentos (OR: 11,57, IC 95% 1,172-114,26,  $p = 0,037$ ) y experiencia profesional (OR: 10,1, IC 95% 1.260-79.33,  $p = 0,052$ ) fueron predictores significativos de no utilizar el PAE., y la competencia en su implementación es un factor decisivo (OR: .029. IC 95%: .002-388,  $p = .004$ ). Solo 3 de cada 10 enfermeras ahora usan el PAE mientras atienden a los pacientes. Los resultados reflejan la evolución de la enfermería

como profesión clínica, el nivel de atención brindado a los pacientes y la probabilidad de ocurrencias adversas. Se sugiere que se realicen investigaciones sobre este tema y se refuerce la formación en PAE tanto para los enfermeros en activo como para los estudiantes de enfermería a nivel de pregrado.

Martínez et al. (2014), significa que estos son los objetivos del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Determinar qué cuidados necesita el recién nacido con neumonía, brindarlos y monitorear su evolución para que se recupere por completo lo antes posible utilizando los conocimientos y técnicas pertinentes. Los alvéolos pulmonares están gravemente comprometidos por la neumonía, lo que la convierte en la principal causa de mortalidad en niños menores de 5 años en la actualidad. Las complicaciones de esta afección incluyen insuficiencia respiratoria abrupta, abscesos pulmonares e insuficiencia cardíaca congestiva. Durante este tiempo se deben realizar intervenciones para mantener la vía aérea abierta y estable, y el equipo de enfermería juega un papel crucial en esto. Utilizamos las taxonomías NANDA, NIC y NOC para priorizar la atención según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon; creamos un plan de cuidados personalizado para apoyar el mantenimiento del patrón respiratorio. Aunque los resultados fueron favorables (menos dificultad respiratoria, mejor permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia cardíaca estable y mayor duración del sueño), la paciente finalmente sucumbió a su condición y murió debido a la desnutrición severa que había evolucionado en el transcurso de seis meses.

Duque (2014) detalla los controladores y frenos para que las enfermeras utilicen el Instrumento de Evaluación del Paciente (PAE) en un entorno hospitalario. durante el año 2012. Se utilizaron instrumentos para recopilar datos sobre demografía, empleo y opinión pública hacia el PAE para el análisis de tipo mixto de este estudio descriptivo. Las estadísticas se realizaron en Microsoft Excel y los datos fueron codificados, siendo la población de 43 profesionales de enfermería que actúan en la sección de atención del hospital.

Resultados: Hubo evidencia clara de que la mayoría de las enfermeras tienen entre 20 y 40 años, que las mujeres continúan constituyendo la mayoría del campo (77%), que la mayoría de las enfermeras tienen entre cero y diez años de experiencia, y que la gran mayoría de las enfermeras han trabajado en su institución actual entre uno y cinco años, el tiempo y la sobrecarga de trabajo se mencionaron como barreras para implementar el PAE, mientras que el interés en brindar una atención completa y la plataforma del sistema de atención al paciente (SAP) se consideraron facilitadores de la implementación del PAE. Conclusiones: A pesar de una intención sincera de brindar atención de alta calidad, el personal de enfermería a menudo tiene dificultades para priorizar el PAE debido a su gran carga de trabajo y las muchas responsabilidades que se le imponen.

Díaz-Aguilar et al. (2015) señalan que a partir de 1995, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue utilizado como un enfoque sistemático para la implementación del cuidado profesional, y que esto tuvo efectos de gran alcance. Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la comprensión de los estudiantes de último año de enfermería sobre el Proceso de Atención de Enfermería. En abril de 2013, se realizó una investigación descriptiva, transversal, mediante encuesta autoadministrada y anónima, con estudiantes de quinto año de enfermería de la Facultad de Enfermería "Lidia Doce". Previa autorización informada, pudimos administrar la encuesta a 33 de los 38 estudiantes que componían la matrícula actual. Los problemas se desglosaron en fases y se asignaron soluciones aceptables o desaprobadas en base a un análisis de factores cognitivos (valoración, intervención, evaluación). Entre las tres fases examinadas, la fase de intervención tuvo el mayor número de respuestas negativas. Discusión: Los hallazgos de este estudio corroboran investigaciones anteriores sobre las dificultades del conocimiento en el Proceso de Atención de Enfermería, particularmente durante la fase de intervención.

### **1.5. Justificación de la investigación**

La investigación se realizó con el propósito de aportar los aspectos teóricos relacionados a las condiciones laborales y al cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, Sus hallazgos mejorarán la práctica de enfermería y la prestación de servicios en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

La investigación presentó justificación práctica ya que ha permitido evaluar las condiciones laborales y su relación con el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, para tomar decisiones importantes en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia que se traduce en la elaboración de programas y propuestas para mejorar la calidad de atención de las enfermeras en beneficio de sus pacientes.

El trabajo se justifica metodológicamente porque ha permitido elaborar instrumentos de investigación referente a las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, los cuales han sido validados.

La investigación realizada toma en cuenta los aspectos legales y éticos para llevar a cabo una investigación, no atenta con la salud de las enfermeras, ni de sus pacientes, tampoco afecta las condiciones relacionadas con la legislación laboral vigentes en el ejercicio de la profesión de enfermería.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Los resultados obtenidos en la presente investigación solo se enfocaron en los registros de enfermería de los pacientes del servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia; por lo que podrían extenderse a todos los demás servicios de hospitalización (cirugía, medicina tropical etc.) debido que el profesional de enfermería realiza los cuidados de enfermería al paciente.

## **1.7. Objetivos de la investigación**

### ***1.7.1. Objetivo general***

Determinar la relación entre las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

### ***1.7.2. Objetivos específicos***

- Identificar el adecuado registro de los datos Subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería y las condiciones laborales
- Identificar el adecuado registro de los datos Objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales.
- Identificar el adecuado registro del análisis de la valoración respecto a la conclusión diagnóstica de enfermería de los datos subjetivos, objetivos y las condiciones laborales.
- Identificar es el adecuado registro del plan de cuidados de enfermería con respecto a la toma de decisiones a la solución del problema y las condiciones laborales.
- Identificar el adecuado registro de la intervención de la enfermería basado en el juicio clínico y el conocimiento del profesional orientado para el paciente y las condiciones laborales.
- Identificar el adecuado registro de la evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales.

## **1.8. Hipótesis de la investigación**

### ***1.8.1. Hipótesis general***

- Hipótesis alterna. (H1)

A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, de los pacientes del servicio de Medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia.

### ***1.8.2. Hipótesis específicas***

- A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de los datos Subjetivos de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de los datos Objetivos de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de valoración de los datos subjetivos y objetivos de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento del Plan de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de la Intervención de Enfermería adaptadas para el cliente en la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de la Comprobación de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco conceptual

#### 2.1.1. *Condiciones laborales*

Para ser incluido en la categoría de "condiciones de trabajo", además de los factores ambientales y técnicos, también deben tenerse en cuenta las preocupaciones organizativas y de gestión.

#### 2.1.2. *Proceso de atención de enfermería*

El proceso de enfermería, también conocido como proceso de enfermería (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), es una técnica con base científica y realizada profesionalmente para brindar atención eficiente y humana con el objetivo de obtener los resultados deseados.

#### 2.1.3. *Microclima*

Características climáticas exclusivas de un determinado lugar, que resultan de cambios periódicos y, a menudo, dramáticos en los patrones climáticos regionales causados por diversas causas biológicas y ambientales.

#### 2.1.4. *Contaminantes*

El término "contaminantes" se refiere a cualquier material introducido en el medio ambiente en cantidades suficientes y durante el tiempo suficiente para tener un efecto nocivo sobre la vida humana, la salud animal o las poblaciones de plantas y animales; degradar la calidad del aire, el agua, el suelo, los paisajes o los recursos naturales; o alterar el funcionamiento normal de los ecosistemas.

### **2.1.5. Carga física**

Lo que constituye la carga de trabajo físico de una persona son todas las demandas que se le imponen físicamente durante el transcurso de una jornada laboral típica. A medida que aumenta el nivel de esfuerzo, también aumenta la cantidad de energía necesaria para mantener el estado actual de actividad del trabajador.

### **2.1.6. Carga mental**

El término "carga de trabajo mental" se utiliza para describir las tensiones que un individuo experimenta como resultado de sus actividades mentales: Procesamiento de datos ambientales basado en el conocimiento

### **2.1.7. Seguridad**

Desde una perspectiva psicosocial, la seguridad puede concebirse como un estado mental que produce en los individuos (tanto humanos como animales) la clara impresión de que están fuera o lejos de todo peligro en un momento dado. La palabra seguridad proviene del latín securitas, que deriva de securus (sin cuidado, sin precaución, sin miedo a preocuparse). Cuando las personas dicen que se sienten seguras, quieren decir que quieren estar protegidas de cualquier cosa que pueda poner en peligro su bienestar emocional, mental, espiritual e incluso material.

### **2.1.8. Riesgos eléctricos**

Es posible que se produzcan electrocuciones y quemaduras debido al peligro eléctrico.

### ***2.1.9. Protección personal***

Equipos para uso de una sola persona; a veces conocido como EPI. Definición. Para protegerse contra los peligros para su salud y seguridad en el trabajo, se espera que los empleados proporcionen su propio equipo de protección personal (EPP) y los accesorios necesarios.

## **2.2. Marco referencial**

### ***2.2.1. Cuidado***

El cuidado es una actividad humana milenaria que ha evolucionado junto con las estructuras sociales y los sistemas organizacionales, adquiriendo nuevas formas y complejidad a medida que envejece. Estas actividades, que son únicamente humanas, dependerán de la satisfacción de un conjunto de prerequisites universales.

### ***2.2.2. Cuidados enfermeros***

Es la asistencia que las enfermeras brindan a quienes lo necesitan, suponiendo que dichas personas tengan un entorno y un estado de salud que condicionan sus requerimientos de atención, de forma y de satisfacción. El contexto es fundamental para la enfermería y el cuidado de la persona. La eficacia última de los cuidados de enfermería depende de su capacidad para facilitar el aprendizaje y la práctica de otros sobre el autocuidado y el cuidado comunitario que mejora la salud y les permite afrontar mejor la enfermedad desde dos puntos de vista: satisfacer las necesidades del individuo y ayudar a curarlas o permitiéndoles llevar una vida plena y productiva a pesar de su condición.

### ***2.2.3. Significado de los cuidados enfermeros para la persona***

El propósito de la atención de enfermería es mejorar la calidad de vida del paciente marcando una diferencia medible en el crecimiento y desarrollo de la anatomía y fisiología del paciente. El objetivo del cuidado de enfermería es garantizar que se satisfagan las necesidades básicas de las personas, ya que al hacerlo ayuda a la preservación de la salud física y mental de las personas. El mantenimiento del sistema digestivo y la función de nutrición, por ejemplo, dependen tanto directa como indirectamente del mantenimiento de las funciones de actividad y descanso, así como de la función de eliminación

### ***2.2.4. Proceso de atención de enfermería***

El proceso de atención de enfermería es el enfoque metódico utilizado por las enfermeras para organizar y realizar su trabajo. El objetivo es hacer estrategias para cumplir con los requisitos identificados y utilizar intervenciones de enfermería particulares para cubrir tales necesidades en función del estado de salud actual del paciente y las posibles dificultades. Hay una naturaleza cíclica en el proceso de atención de enfermería, en el que las diferentes partes del proceso pueden interactuar entre sí y lo hacen. Tienen la opción de continuar con una revisión después del primer ciclo o hacer ajustes al plan de asistencia.

Es un modelo estructurado que cierra la brecha entre las consideraciones teóricas y los procedimientos de enfermería reales. Se evalúan las necesidades, se realiza un diagnóstico de enfermería y se planifican, realizan y evalúan los cuidados mediante el proceso de enfermería. Mediante el uso del método científico, las enfermeras pueden comprender y abordar mejor las necesidades únicas de sus pacientes, mejorar sus estrategias de tratamiento y, en última instancia, mejorar los resultados de los pacientes. Además, proporcionan las herramientas necesarias para evaluar los resultados del tratamiento realizado.

Al aplicar el método científico a los problemas que requieren intervenciones de enfermería, el proceso de atención de enfermería ayuda a los profesionales a determinar qué se debe hacer por un paciente, cómo hacerlo y cómo evaluar qué tan bien funcionó la atención que brindaron.

Evaluar los avances y cambios en la mejora del estado de bienestar del individuo, familia o grupo como resultado del cuidado de enfermería es la técnica que conduce la práctica profesional, científica, metódica y humanista de la enfermería. La recuperación, el mantenimiento y la mejora de la salud son posibles por esta ruta, ya que garantiza un tratamiento de alta calidad para el paciente.

#### ***2.2.5. Características del proceso de atención de enfermería***

El proceso de atención de enfermería (PNC) está centrado en el paciente, por lo que el profesional de enfermería elabora el plan de cuidados de acuerdo con las inquietudes del paciente, y es de carácter tanto cíclico como dinámico. El PAE es una modificación del proceso de resolución de problemas que comienza con la recopilación de datos, continúa con el análisis, la intervención basada en un diagnóstico preciso y finaliza con una evaluación del éxito de esos esfuerzos. Las reacciones de los pacientes a la enfermedad son el enfoque principal del PAE. Un aspecto del PAE que permanecerá constante en todo momento es la necesidad de tomar decisiones. Además, no están atados a respuestas enlatadas, por lo que las enfermeras pueden adaptar el plan de tratamiento de cada paciente a sus necesidades específicas.

#### ***2.2.6. Etapas del proceso de atención de enfermería***

El PAE, está organizado en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

La evaluación de la salud de un paciente implica realizar un examen físico completo de la cabeza a los pies mediante inspección, palpación, percusión y auscultación para recopilar información importante sobre el estado del paciente. Este proceso comienza con el contacto inicial con el paciente y continúa durante todo el proceso de enfermería. La información sobre la salud de una persona y cualquier enfermedad que pueda tener puede obtenerse de una variedad de fuentes, incluido el historial médico del paciente, las pruebas de laboratorio y los procedimientos de diagnóstico. La perspectiva de la enfermera sobre las expresiones vocales y los valores del paciente se recogerá en este punto del proceso.

La gestión de la información es un proceso continuo que se produce durante la prestación de los cuidados de enfermería e implica la recopilación, clasificación, verificación y registro sistemáticos y continuos de los datos de información. El proceso de enfermería en su conjunto se basa en datos que son a la vez precisos y completos. Las evaluaciones se pueden dividir en cuatro categorías distintas: línea de base, centrada en el problema, de emergencia y de reevaluación. Los objetivos, la puntualidad, la disponibilidad y el estado actual del paciente juegan un papel en la configuración de estas evaluaciones. Los requisitos percibidos por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relevantes, las prácticas de salud, los valores y el estilo de vida deben formar parte de la evaluación. Hay cuatro pasos interconectados en el procedimiento de valoración: recopilación de información, organización de la información, validación de la información y registro de la información.

El segundo paso para brindar atención de enfermería es hacer un diagnóstico. Esta es una parte crucial del proceso de enfermería en el que el profesional emplea habilidades de pensamiento crítico para dar sentido a los datos de la evaluación y señalar las fortalezas y deficiencias del paciente. Las etiquetas de diagnóstico se refieren a las designaciones estandarizadas de NANDA para los diagnósticos, mientras que la etiología (el vínculo causal

entre un problema y sus factores de riesgo asociados) se incluye en la declaración del problema del paciente.

El diagnóstico de enfermería es el proceso de identificación de problemas de salud con base en patrones funcionales modificados y está respaldado por un sistema de categorización de diagnósticos de enfermería que incluye tanto enfermedades reales como diagnósticos potenciales y positivos o de protección.

Es una declaración o inferencia sobre la naturaleza del fenómeno la explicación del problema real de alto riesgo o condición de bienestar para el sujeto de cuidado que requiere acción para corregirlo o disminuirlo utilizando el conocimiento o la ciencia de enfermería; NANDA (Asociaciones de diagnóstico de enfermería de América del Norte) nombres estándar de diagnóstico de enfermería. Ninguna enfermera jamás haría esta acción, ningún médico jamás recetaría esto, y ninguna enfermera jamás diagnosticaría o trataría esta condición. Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las reacciones de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud/procesos de vida actuales o proyectados, según lo acordado en la 9ª Conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA). El diagnóstico de enfermería es el punto de partida para decidir qué intervenciones de cuidado ayudarán a lograr los resultados deseados en el ámbito de la enfermera.

El diagnóstico de enfermería no es nuevo; de hecho, Florence Nightingale y sus colegas realizaron diagnósticos con éxito durante la Guerra de Crimea en 1854 y 1855. NANDA está desarrollando activamente su propia taxonomía de diagnóstico y está a cargo de evaluar, validar y perfeccionar este instrumento.

El diagnóstico de enfermería es el elemento definitorio de la práctica profesional porque deja claro lo que se hace y en qué se diferencia del trabajo de los demás miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al facilitar una mejor comunicación entre los miembros del equipo; y asegura una atención eficaz al proporcionar conocimientos concretos sobre las metas de la

atención, los problemas del sujeto y el papel del profesional en el logro de esas metas o en la mitigación de estos problemas.

Las características de los diagnósticos se utilizan para categorizarlos. Un diagnóstico de Carpenito puede ser de salud, realidad, peligro o posibilidad. El término "bienestar" se refiere a una evaluación clínica de una persona, familia o comunidad que está mejorando de un estado de "bienestar" a otro. El diagnóstico en sí representa la opinión clínica validada del experto basada en la presencia de características y síntomas de identificación clave. Cuando se considera que una persona o grupo tiene un "alto riesgo", los médicos creen que tienen más posibilidades de tener la afección que otras personas en las mismas circunstancias o en circunstancias similares. El profesional de enfermería tiene la sospecha de un problema, pero se necesita más información para confirmarlo o descartarlo.

Las declaraciones de diagnóstico de enfermería, por otro lado, pueden incluir uno, dos o tres componentes, según la naturaleza del diagnóstico que se realice. Un diagnóstico de bienestar es una sola oración; un diagnóstico de alto riesgo o posibilidad incluye dos oraciones (el tema del factor de riesgo); y un diagnóstico de cualquier enfermedad incluye tres oraciones (el problema, los factores concurrentes y los síntomas).

Los siguientes extractos de Carpenito demuestran los diversos elementos de diagnóstico:

- Diagnóstico de bienestar: el potencial para fomentar la paternidad.
- Diagnóstico de alto riesgo: potencial significativo para problemas de mantenimiento de la salud debido a problemas inadecuados, actividades en el hogar, nutrición y conocimiento de medicamentos.
- Diagnóstico posible: Posible incapacidad para cuidar de sí mismo si la función de la mano izquierda está comprometida por una vía intravenosa.

- Diagnóstico real: Desnutrición aguda debido al aumento de la tasa metabólica, alteración de la percepción del gusto y náuseas y vómitos prolongados.

El diagnóstico de enfermería consta de una parte estructural —el problema, la etiología y los síntomas— y una parte taxonómica —los criterios para organizar la información recopilada, de acuerdo con el concepto de cuidado de enfermería, a la luz del marco o modelo conceptual seleccionado, como la teoría del autocuidado de D'Orem, la jerarquía de necesidades de A. Maslow o los patrones funcionales de M. Gordon.

El primer componente de cada diagnóstico define el problema o reacción de la persona bajo consideración, mientras que la segunda parte discute la etiología u origen del problema, las circunstancias o los signos y síntomas que contribuyen a ello. El símbolo r/c representa la frase relacionada con, que conecta las dos mitades.

Es útil utilizar la taxonomía de diagnósticos de enfermería reconocida por NANDA en la declaración de diagnóstico de enfermería.

Para encontrar las respuestas en el contexto, se requiere evaluar los patrones de normalidad del sujeto, que varían mucho dependiendo de factores que incluyen la cultura, la educación, la ocupación y las experiencias de vida del individuo. Es muy poco común que la causa raíz de un problema evidente permanezca sin descubrir, lo que requiere un diagnóstico de enfermería de "problema identificado r/c causa desconocida" y acciones adicionales para descubrir esa razón.

Hay pautas que se deben seguir al desarrollar un diagnóstico de enfermería: Para evitar 1) juicios de valor, suposiciones e inferencias, y 2) el uso de jerga técnica, (3) establecer el diagnóstico como una reacción o problema con el enfoque de el papel; (4) limitar la primera sección a las dificultades con el enfoque del artículo; (5) usar "en relación con" en lugar de "debido a"; (6) asegurar que las secciones sean distintas entre sí. 7) trate de mantener los dos componentes de la declaración en el orden correcto; (8), evite usar un diagnóstico médico, y

noveno, describa el problema y su causa raíz. (9) Verificar la exactitud de un diagnóstico con la persona que recibe el tratamiento antes de documentarlo es una práctica que ahorra tiempo.

Los errores comunes al escribir un diagnóstico incluyen enumerar varios problemas en un solo párrafo, expresar las preocupaciones de enfermería en lugar de las preocupaciones del paciente, usar jerga, ser demasiado general, no incluir la perspectiva del paciente sobre su salud e invertir el orden de los componentes.

Si se siguen las pautas antes mencionadas y se evitan estos errores, se puede establecer un diagnóstico correcto, lo que redundará en los siguientes beneficios:

- Un beneficio es que permite enfoques más personalizados para el cuidado del foco de atención.
- Mejora la eficacia del diálogo empresarial.
- En tercer lugar, facilita el análisis de los resultados de la atención.
- Facilita la habilidad del enfermero para describir el área de actuación.

Los objetivos principales de la atención médica son la detección y eliminación de enfermedades, o la mitigación de sus síntomas en ausencia de una cura (16). Los expertos en enfermería, en cambio, prestan atención a cómo reacciona la persona ante problemas de salud reales o posibles o procesos importantes.

Uno o más diagnósticos de enfermería pueden provenir o basarse en un diagnóstico médico. Por ejemplo, un diagnóstico de enfermería de dolor relacionado con una úlcera gástrica puede provenir de un diagnóstico médico de úlcera péptica.

El diagnóstico de enfermería es importante porque es una decisión que conecta la recopilación de información con la planificación del cuidado. Cuando se da un diagnóstico de enfermería, corresponde a la persona que dio el diagnóstico hacer y ejecutar el plan de cuidados. Si el problema está vinculado, el trabajador de enfermería trabaja con el resto del equipo de salud para tratarlo.

Por último, el diagnóstico de enfermería puede ser utilizado para clasificar las actividades de enfermería en 1) independientes (aquellas realizadas por la enfermera con base en su pensamiento crítico y conocimiento de enfermería; provienen de una visión global de su sujeto de cuidado); 2) dependientes (los que provienen del diagnóstico médico, son órdenes médicas); o 3) interdependientes (aquellos que dependen de cómo trabajan juntos los demás miembros del equipo).

La planificación de la atención de enfermería es el tercer paso en la prestación del tratamiento e implica idear estrategias para evitar, disminuir o solucionar los problemas que se identificaron en el diagnóstico (a veces, la enfermería puede intervenir para disminuir los efectos de un problema que no se puede solucionar).

Priorizar los diagnósticos de enfermería cuando la persona que recibe los cuidados tiene muchos problemas, desarrollar un plan de acción centrado en la persona que recibe los cuidados para abordar esos problemas e implementar ese plan son todos componentes del proceso de planificación de la atención de enfermería.

### ***2.2.7. Establecimiento de prioridades***

El establecimiento de prioridades ocurre cuando la enfermera y el paciente colaboran para decidir qué inquietudes de la fase de evaluación necesitan atención urgente y cuáles pueden esperar. Además, el objetivo prioritario es organizar la prestación de atención de enfermería de manera que se aborden primero los problemas más urgentes o que ponen en peligro la vida. Priorizar no implica que un problema deba resolverse por completo antes de pasar al siguiente. En muchos casos, ambos pueden resolverse a la vez. En ciertos casos, el alivio de una condición puede llevar a la resolución de otra. Por ejemplo, tratar el dolor agudo puede mejorar la respiración.

Las prioridades pueden establecerse utilizando la teoría elegida por la práctica de enfermería o el marco conceptual de atención, y los siguientes criterios pueden ser útiles para hacerlo. De acuerdo con la jerarquía de necesidades de Maslow, la primera prioridad de una enfermera es aliviar el dolor del paciente (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); segundo, deben satisfacer las preferencias del paciente siempre que no interfieran con el tratamiento médico o la supervivencia; y tercero, deben pensar en las consecuencias a largo plazo de sus decisiones.

### **2.2.8. *Determinación de metas***

Es lo que se espera cuando alguien recibe tratamiento, y es lo que se anticipa para ayudar a solucionar cualquier problema identificado en el diagnóstico de enfermería (18). Los objetivos se forman a partir del diagnóstico de enfermería inicial o la declaración del problema, y siempre deben documentarse para que todos los involucrados en el cuidado del paciente tengan una comprensión clara del resultado deseado.

Los resultados esperados, u objetivos, deben centrarse en el comportamiento de la persona que recibe la atención; ser específico y medible; incluir indicadores de desempeño; tienen limitaciones de tiempo a corto y largo plazo; y adaptarse de manera realista de acuerdo con los criterios establecidos en colaboración con la persona que recibe la atención.

Las respuestas humanas (incluidas la apariencia externa y las funciones corporales), los síntomas, los pensamientos, las habilidades psicomotoras y las emociones son presa fácil para el establecimiento de metas.

### **2.2.9. *Planeación de las intervenciones de enfermería***

El propósito del cuidado de enfermería es ayudar a la persona que lo recibe a alcanzar resultados predeterminados. La segunda fase de un diagnóstico de enfermería, se concentran

en las causas fundamentales del problema. Por lo tanto, quieren deshacerse de las causas del problema. Con la ayuda de la persona que recibe cuidados y el resto del equipo de salud, la enfermera puede implementar una intervención que conduzca al resultado deseado. Se utilizan diferentes títulos, actividades, tácticas, planes de tratamiento y órdenes de enfermería para describir los muchos tipos de intervenciones de enfermería.

El propósito del cuidado de enfermería es ayudar a la persona que lo recibe a alcanzar resultados predeterminados. La segunda fase de un diagnóstico de enfermería, se concentran en las causas fundamentales del problema. Por lo tanto, quieren deshacerse de las causas del problema. Con la ayuda de la persona que recibe cuidados y el resto del equipo de salud, la enfermera puede implementar una intervención que conduzca al resultado deseado. Se utilizan diferentes títulos, actividades, tácticas, planes de tratamiento y órdenes de enfermería para describir los muchos tipos de intervenciones de enfermería.

Los objetivos escritos no solo ayudan con la comunicación, sino que también sirven como un mecanismo de control para garantizar que se logren los resultados deseados. Puede escribir tantas acciones como necesite para alcanzar su objetivo, y se adaptarán cuando cambie su enfoque y su estado también.

La complejidad, el conocimiento y las habilidades requeridas, así como las implicaciones éticas, de las órdenes de enfermería requieren un pensamiento crítico por parte de la enfermera para determinar cuáles están dentro de la competencia de la enfermera y cuáles son delegables o dentro de la competencia de otra disciplina de la salud.

El proceso de enfermería comprende cinco etapas, la cuarta de las cuales es la implementación. La planificación de los cuidados de enfermería se hace realidad durante la fase de implementación. La validación del plan, la documentación del plan, la atención de enfermería y la recopilación continua de datos forman parte del proceso.

1. Validación del plan de atención La validación del plan con compañeros de trabajo más informados, otros miembros del equipo de salud y la persona que recibe el tratamiento es esencial. Tres cuestiones cruciales deben responderse durante la validación del plan: ¿el plan está orientado a resolver las reacciones humanas del sujeto de atención? ¿Hay alguna ciencia real detrás de esto? ¿Siguen los protocolos de recolección de información, establecimiento de prioridades, desarrollo de diagnósticos de enfermería y predicción de resultados? Se alienta a los beneficiarios de los cuidados a participar en el proceso de planificación después de que se haya confirmado el plan con ellos.
2. Documentación del plan de atención. Un plan de atención documentado que sea accesible para todos los miembros del equipo de atención médica es esencial para difundir información de manera efectiva entre turnos. Actualmente, se utilizan una variedad de formatos de planes de atención. Los enfoques comunes incluyen tecnología personalizada, estándar modificada y automatizada. El primer conjunto se produce con secciones para la evaluación, los resultados y las intervenciones de enfermería. Los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las intervenciones se expresan utilizando espacios en blanco en planes estandarizados con ajustes que permiten la individualización. El terminal del sujeto de atención en su habitación o un control centralizado se puede utilizar para crear un plan de atención electrónico. Después de la entrada y verificación de datos, los informes se producen una vez al día, por turno o según sea necesario. La flexibilidad del software de planificación computarizado hace posible crear planes estándar personalizados y modificables.
3. Una vez que el plan está organizado y documentado, la enfermera puede comenzar a brindar el nivel de atención especificado. Debe existir una documentación minuciosa y precisa de todo lo ocurrido a lo largo del proceso de enfermería posterior a la implementación de las intervenciones de enfermería (18). La ficha de observación de

enfermera es donde se documentan dichos detalles en Colombia. Las hojas también sirven como registros para cosas como el manejo de fluidos y signos vitales.

La documentación de problemas o cambios de enfermería basados en el modelo SOAPIER es otra opción. Síntomas desde la propia perspectiva; Indicaciones externas A, evaluación (evaluación); Las fases incluyen la planificación, implementación, evaluación y revisión de las intervenciones.

4. Continuación con la recolección de datos. La enfermera sigue recopilando datos a lo largo del proceso, que pueden utilizarse para determinar si se alcanzó o no el resultado deseado y si el tema de la atención ha cambiado o no con el tiempo.
5. La quinta, y última, fase es la evaluación. Este procedimiento se utiliza continuamente para evaluar todas las facetas del cuidado de enfermería. Implica realizar una evaluación calculada y metódica del estado de salud actual del sujeto en relación con los resultados deseados. Hay tres componentes en esta etapa: la evaluación del logro de la meta, la reevaluación del plan de atención y la evaluación del nivel de satisfacción del receptor de la atención.
  - a. La evaluación del logro de objetivos. Es una evaluación del potencial del receptor de los cuidados para realizar las acciones especificadas en el objetivo del plan de cuidados. Su función es determinar si se logró o no la meta. Lo cual tiene dos resultados posibles. El primero es un éxito total, que se alcanza cuando el foco de atención es capaz de realizar la conducta dentro del marco de tiempo especificado en el objetivo.

El segundo es un logro parcial, que tiene lugar cuando el foco de atención avanza hacia el resultado deseado o muestra el comportamiento deseado, pero no en la medida en que se solicita en la declaración. No se utiliza ningún logro cuando el enfoque de la discusión no alcanzó el resultado deseado.

El resultado final debe documentarse en la estrategia. La enfermera marcará el plan de cuidados como completo si se solucionó el problema de la persona que recibe los cuidados. La segunda etapa de la evaluación ocurre cuando el problema no se aborda o la meta se logra parcialmente o no se logra en absoluto.

- b. La revaloración del plan. Modificar o suspender los diagnósticos, objetivos y actividades de enfermería en respuesta a la información suministrada por la persona que recibe el cuidado. La mayor parte de la información utilizada en una reevaluación proviene de la propia enfermera, ya que brinda, coordina y supervisa la atención al paciente, obtenida a través de la observación directa, el historial médico del paciente y las entrevistas. Estos nuevos datos servirán como criterio por el cual se determinará el éxito en alcanzar el objetivo, y también pueden sugerir la necesidad de una reevaluación de la estrategia de tratamiento actual.

Las siguientes son algunas complicaciones que podrían desarrollarse durante el proceso de reevaluación: Que el orden de prioridades haya cambiado, que haya surgido un nuevo problema, que se haya manejado el problema original, que el problema persista incluso si se ha alcanzado la meta, y que el objetivo no se cumplió o se cumplió sólo en parte. Un profesional de enfermería que se enfrente a cualquiera de los resultados anteriores deberá tomar decisiones, como reorganizar la prioridad de los problemas, refinar los diagnósticos de enfermería a la luz de la nueva información, descartar los diagnósticos de enfermería por problemas que se han resuelto y formular estrategias revisadas para abordar los problemas. problema persistente.

Con respecto a este último punto, las causas más comunes de fracaso en el logro del resultado deseado son: (1) un diagnóstico de enfermería insuficiente, a partir del cual se determina la meta; (2) un diagnóstico de enfermería adecuado, pero un objetivo poco realista a la luz de las habilidades del sujeto del cuidado y los recursos disponibles;

el diagnóstico y la meta son adecuados, pero los cuidados de enfermería son inadecuados para alcanzarlos; el diagnóstico, el objetivo y la atención son buenos, pero la condición del paciente ha cambiado o se han emitido nuevas órdenes médicas que están en desacuerdo con el plan de atención de enfermería (18).

- c. La satisfacción del sujeto de atención. Es importante recordar que la persona que recibe atención no siempre sabe lo que constituye una buena atención y, como resultado, puede estar contenta con servicios mediocres o insatisfecha con algunas intervenciones a pesar de que está recibiendo una excelente atención de enfermería. A pesar de todo, es fundamental conocer y compartir su admiración.

Tenga en cuenta que las actividades de enfermería no se evalúan en la evaluación del logro de objetivos; más bien, se evalúan en la reevaluación del plan. Si el plan de cuidados logró reducir, eliminar o prevenir los problemas del sujeto, entonces el profesional de enfermería puede pasar al siguiente paso: diseñar los protocolos de atención de enfermería para ser implementados una vez que los problemas del sujeto hayan sido resueltos.

De lo contrario, puede evaluar la eficacia de la estrategia y refinarla en consecuencia antes de volver a aplicarla. A continuación, se muestra el procedimiento de enfermería a través de un estudio de caso.

Hombre viudo de 64 años que trabajó como pulidor de azulejos en Mancesa S.A. durante 35 años antes de jubilarse. Católico, vive en Itagü desde hace 46 años después de mudarse de Amaga y cursó el tercer grado. Está jubilado y vive de una pequeña pensión con su nieta, que tiene veinte años. Buscó ayuda por "dificultad para respirar durante dos días", que empeoró hasta el punto de que ahora tiene disnea en reposo, lo que le imposibilita hacer incluso las tareas más básicas de cuidado personal.

Durante ocho días se ha quejado de temperatura subjetiva, expectoración amarilla y viscosa, tos improductiva, ansiedad, dolores de cabeza y desorientación mental.

Diagnosticado con bronquitis crónica y antecedentes de resfriados frecuentes; fumó un paquete al día durante 35 años antes de dejar de fumar hace nueve años.

Además de los creados en el ejemplo, se deben estudiar nuevos temas prevalentes en personas con esta condición, de los cuales pueden surgir nuevos diagnósticos de enfermería, tales como: 1) la posibilidad de desnutrición (debido a la anorexia causada por síntomas como dificultad para respirar, mal aliento y fatiga); 2) la posibilidad de alteración de la comunicación verbal por disnea; 3) la posibilidad de trastornos del patrón de sueño debido a la tos y la incapacidad para adoptar una posición recostada; y 4) la posibilidad de trastornos en el mantenimiento de la salud por falta de información sobre la condición, su tratamiento, prevención de infecciones, nutrición, descanso y ejercicio. Una vez que los problemas han sido identificados y priorizados, el siguiente paso es construir el diagnóstico de enfermería apropiado utilizando una lista actualizada de diagnósticos que ha sido autorizada por la NANDA.

## **2.3. Condiciones Laborales**

### **2.3.1. Definición de condiciones laborales**

Si bien el concepto de “condiciones de trabajo” está abierto a una amplia gama de interpretaciones, se define como “cualquier característica de las mismas que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores” en el artículo 4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, sobre Prevención de Riesgos Laborales, artículo 7. De acuerdo con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (1946) como "un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia".

Los riesgos en el lugar de trabajo incluyen no solo los agentes químicos, físicos y biológicos presentes en el lugar de trabajo, sino también las características de los edificios, equipos, productos y otros suministros que componen el lugar de trabajo, así como los procesos que hacen posible el uso de estos agentes.

Las circunstancias laborales incluyen todo lo relacionado con el trabajo desde el punto de vista de cómo el trabajo afecta a las personas, y aunque esta noción puede definirse de diversas maneras, lo que realmente importa es "su perspectiva relacional". Por lo tanto, la limpieza, la seguridad y las características físicas del lugar de trabajo no son las únicas cosas que importan a la hora de determinar las circunstancias.

Las condiciones de trabajo son "el conjunto de factores que determinan el comportamiento del trabajador"; estos factores incluyen tanto los objetivos que se imponen al trabajador y luego se evalúan, como las condiciones que tiene el trabajador para realizar su tarea. Es por esto que es importante que un psicólogo analice el comportamiento de un trabajador al momento de realizar una evaluación psicológica.

### ***2.3.2. Condiciones Laborales en Instituciones Hospitalarias***

Debido a que es imposible lograr una adecuada adaptación a las variadas y conflictivas demandas que requiere el medio interno y externo, la institución de salud siempre desarrolla áreas de riesgo persistentes que impactan las circunstancias laborales del trabajador. Debido a la existencia de riesgos sistémicos, el hospital debe mantener un proceso de selección de riesgos en forma permanente. Esto se debe a que es imposible lograr una calificación de riesgo de cero. La selección de riesgos es un proceso de construcción social implícito influenciado por las normas institucionales y las diferentes prioridades de los diversos grupos y sectores de la fuerza laboral del hospital. La investigación revela, como uno de los primeros desafíos, que varias fuentes de legitimidad parecen coexistir en el hospital como resultado de las transiciones

ocurridas en el sistema de salud uruguayo. Estas fuentes incluyen la estructura formal, el conocimiento técnico y el conocimiento práctico. La presencia de estas diversas fuentes de legitimidad parece tener diversos efectos; por ejemplo, en algunos casos requiere negociaciones permanentes para establecer reglas en el lugar de trabajo, lo que lleva a la existencia de demandas contrapuestas en algunos campos. Los procesos regulatorios autónomos surgen entre los empleados en ausencia de un sistema de autoridad claramente definido sobre el cual se fundamente la vigencia de las normas de colaboración y autoridad. Dado que las reglas y rutinas de operación a menudo son establecidas y mantenidas por los propios miembros del personal, se desarrollan espacios regulatorios que permiten una independencia sustancial de las normas institucionalizadas del hospital. El trabajo hospitalario puede realizarse en estos entornos regulados de forma autónoma a pesar de su complejidad, pero también crean zonas de peligro perpetuo. Las entrevistas con informantes clave revelaron tensiones entre varios grupos de personal del centro, dentro de los grupos y con otros servicios hospitalarios. La jefatura del sector proporcionó una síntesis de las actividades diarias que realizan los trabajadores del sector:

Comenzamos en el piso 18 con un cambio rápido antes de ingresar al bloque, donde primero leemos el cuaderno de noticias y nos ponemos al día con las últimas noticias del hospital. Ves los insumos, ves el problema de la anestesia, ves cómo hay que coordinar todo con el personal de sala y el equipo médico, y ves las dificultades administrativas, como estamos gestionando los cursos y las planillas mensuales que llegan. La rotación de turnos de trabajo y el establecimiento de turnos permanentes es un tema desafiante que la gerencia debe abordar. Las tensiones y los desacuerdos entre los empleados y la gerencia persisten debido a la prevalencia del empleo múltiple entre los profesionales de la salud y las cargas de trabajo dispares experimentadas en cada turno. Actualmente estamos tratando de hacer que el sistema de alfombras vuelva a funcionar, pero todos quieren el turno de noche y nadie quiere el turno

de noche. El sistema de alfombras es la forma en que se asignan los días y los turnos a las personas, y se hace con anticipación para que todos los involucrados estén al tanto de su horario. El problema es que todos en esta oficina tienen trabajo doble, ya que las instituciones privadas suelen rotar empleados sin informarnos. Mientras examinamos el marco regulatorio y las descripciones de puestos, parece que la alfombra es la opción más justa. Hay una propuesta de gestión flexible, pero su aplicabilidad está restringida por las circunstancias. Los empleados son pesimistas sobre los efectos en la salud de su lugar de trabajo debido a cómo está estructurado. Los trabajadores, en particular, creen que el aumento del estrés del turno de noche afecta negativamente a su salud. Allí se acumulan los problemas; las crisis siguen llegando; tienes que dividir tu tiempo entre dos habitaciones; los pacientes tienen quejas; te vas de aquí cansado; la noche es la misma; el cirujano opera y luego se va; el cirujano se va; el cirujano se va; todo es extremadamente problemático en términos de por quién viaja el paciente.

Algunos miembros del personal también informaron tener problemas para comunicarse con otros departamentos, como mantenimiento y lavandería. Hace tres años, la enfermería se dividió en departamentos; ahora hay departamentos separados para cirugía y medicina. Nuestro director ha fomentado lo que equivale a una unión de todos los cirujanos, lo que ha tenido un efecto profundamente positivo en las relaciones con, por ejemplo, los pisos quirúrgicos. El centro de materiales, la iluminación y otros servicios de apoyo están experimentando problemas. Por ejemplo, el cuarto de lavado tiene el mismo problema de ropa que el departamento de mantenimiento (y no solo por el problema del sector), por lo que ninguno se puede mantener en este estado.

Al analizar las entrevistas, podemos ver que existían tensiones entre la fuerza laboral multiétnica en el Centro Quirúrgico. La brecha entre la descripción del trabajo y lo que realmente se esperaba que hiciera el empleado era una fuente constante de tensión. Aunque "este es un problema típico de cualquier organización del trabajo", como han señalado muchos

escritores, la complejidad de las funciones realizadas en el Centro Quirúrgico y el entorno en el que ocurren dan a esta instancia particular del problema sus propias características únicas.

Hay un problema, particularmente a nivel de los médicos; por ejemplo, el egresado debe estar atento que el anestesista llega a la habitación, avisarle que todo está listo; otro problema es que el paciente no tiene su historial médico cuando llega para el procedimiento, esto requiere investigar asuntos en cuestión, que no están dentro del alcance de los deberes de una enfermera. Del mismo modo, organizar una tomografía requiere que hagamos tareas de secretaría de las que de otro modo estaríamos exentos.

Otro factor que contribuyó a la fricción fue la existencia de procesos de valorización y devaluación entre varios grupos de empleados. Estas actividades se derivan de las responsabilidades reestructuradas y conjuntos de habilidades en el Centro Quirúrgico:

Érase una vez, hubo admiradores de instrumentalizar; ahora, sin embargo, se ven a sí mismos sirviendo al instrumentista ya que creen que su posición ha sido devaluada. Sin embargo, cuando se trata del paciente, parecemos astronautas, y el instrumentista no obtiene gloria. Se atribuye valor al propio trabajo, lo que incluye acumular los valores históricos del cuidado y del servicio en forma de términos como "sentido de servicio", haciendo aparecer más importantes los aspectos técnicos de la enfermería.

La integración de una visión única sobre el riesgo se vio obstaculizada por la existencia de conexiones de poder, implícitas o explícitas, entre el grupo de enfermería y el grupo de instrumentistas. La falta de estándares comunes para determinar la legitimidad en el hospital contribuye al sentimiento generalizado de inutilidad entre los pacientes y el personal. En lugar de trabajar juntas, las personas en esta situación sospechan unas de otras, están en desacuerdo y temen las amenazas sistémicas. La decisión de las autoridades universitarias de homologar el título de instrumentista sentó un precedente que distinguió a sus titulares de los enfermeros anteriores. Esta reducción se vio agravada por el hecho de que en ciertos casos el título se

reconocía y certificaba no a través de estudios formales sino en base a un número determinado de años trabajados, lo que generó duras críticas por parte de personas que tenían mucho tiempo en la profesión, pero no alcanzó el límite predeterminado.

Ha sido un problema en el grupo por un tiempo, pero solo recientemente la gente comenzó a prestar atención al hecho de que es un problema que implica reconocer el título. El problema es la homologación; no se lo dieron por igual a todos los del bloque (creo que hubo un error de criterio), lo que provocó fricciones entre los compañeros. La competencia y las batallas por el dominio entre el grupo en desarrollo y los grupos previamente existentes surgieron como resultado de la diferenciación interna de categorías y el surgimiento de nuevos roles en la organización del trabajo en el Centro Quirúrgico. Además, estamos viendo que el programa de los instrumentistas es un problema, ya que estos individuos tienen algo en contra de la enfermería porque se ven a sí mismos como competidores de las enfermeras; estos individuos son los instrumentistas y su objetivo es mantener el control del bloque y la comisaría del hospital.

Las entrevistas también destacaron el conflicto perenne que existe entre el personal médico y la administración del hospital. La incapacidad de establecer hábitos de trabajo complementarios y espacios de comunicación ha contribuido a la tensión en la relación. Las enfermeras se sienten sobrecargadas, especialmente durante ciertos turnos, debido a los hábitos de trabajo de los médicos:

Existe una distinción discernible entre el cirujano general y los especialistas dentro del campo médico. Es evidente que un ginecólogo no muestra interés en las preocupaciones de sus contrapartes, afirmando así un sentido de propiedad sobre su respectivo dominio. Esta situación tiene un impacto directo en nosotros, ya que se hace evidente que nuestra instalación posee la capacidad de acomodar dos habitaciones separadas. El conflicto que prevalece entre los

médicos se observa incluso en el vespertino, y es evidente que esta discordia está influyendo negativamente en la disposición de los individuos a ejercer sus funciones profesionales.

Las tensiones antes mencionadas también se manifestaron en desafíos relacionados con la coordinación de los profesionales médicos y de enfermería, teniendo como consecuencia que estos últimos deban asumir responsabilidades y deberes que están más allá del alcance de su descripción oficial de trabajo.

La presencia de expectativas conflictivas, fenómeno particularmente prevalente en la profesión de enfermería, suscitó reacciones independientes de los profesionales que van más allá de los protocolos técnicos prescritos para el cuidado. Estas respuestas llevaron a la creación de entornos regulados gobernados por los propios profesionales. Las zonas de autonomía que surgieron primero fueron adoptadas por los empleados por necesidad, pero finalmente fueron rechazadas como un componente a largo plazo del proceso de trabajo. El deseo de los empleados de crear un control bien definido y consistente del proceso de trabajo surgió del estado de conflicto en curso que surgió dentro de los ámbitos de la regulación autónoma. Por el contrario, los desafíos de traducir entre el razonamiento técnico de los médicos y el razonamiento práctico de los empleados se vieron exacerbados por la escasez de comunicación y la falta de confianza. El ausentismo crónico es un problema frecuente asociado con la estructura operativa del Centro Quirúrgico. Sin embargo, es importante señalar que este problema no es exclusivo del Centro Quirúrgico, sino un desafío común que enfrentan los hospitales y las clínicas en general.

Al observar el componente de formación, se observó que los individuos que exhibieron mayor nivel de participación fueron los enfermeros. Dentro de la sala, había personas que cumplían los roles de enfermera circulante e instrumentista. Sin embargo, vale la pena señalar que se encontró que las tasas de ausentismo eran significativamente elevadas. El peso de los certificados médicos es importante, aunque la relevancia de los defectos es comparativamente

menor. Las personas son conscientes de esta distinción, ya que el estado de certificación tiene más peso.

Por un lado, el exceso de trabajo aumenta la probabilidad de accidentes, ya que conduce a una escalada en la intensidad del ritmo de trabajo y al cansancio resultante. La presencia de incertidumbre y escepticismo en los estándares institucionales ha sido identificada como un factor significativo que contribuye a la permanencia del riesgo, ya que socava la previsibilidad del comportamiento humano dentro de los procesos de trabajo.

Los grupos de trabajo del hospital formularon de manera independiente un conjunto de normas y valores, lo que facilitó la creación de estrategias colaborativas que mitigaron de manera efectiva los riesgos sistémicos inherentes al interior de la organización.

En el contexto de la promoción del bienestar, se evidencia un fuerte sentimiento de pertenencia a la Universidad a través de varias manifestaciones, entre ellas:

Los individuos exhiben un fuerte sentido de solidaridad y el potencial de crecimiento profesional, incluso frente a circunstancias materiales desafiantes dentro de su entorno de trabajo.

Varios encuestados compartieron su perspectiva de que el empleo sirve como un medio para construir la propia identidad. Como se vio en estudios previos, las organizaciones suelen exhibir actitudes individuales o colectivas que surgen como resultado de circunstancias de riesgo. Los empleados de este grupo exhibieron cohesión de grupo, la formación de distintas identidades sectoriales o de clase, y el establecimiento de normas internas de grupo como su reacción colectiva a los riesgos estructurales en curso que encontraron en su vida cotidiana. A pesar de las limitaciones inherentes que plantean las demandas laborales y la mala remuneración, la naturaleza persistente de estos obstáculos sirvió como catalizador para el impulso y fomentó un sentido de unidad entre el grupo. El cultivo de principios sólidos de solidaridad y culturas grupales distintas fueron requisitos previos vitales para mantener la

misión en curso y enfrentar los peligros persistentes inherentes a la institución. Las culturas colectivas dentro de estos grupos compensaron las limitaciones de los empleados en términos de materiales, organización y habilidades cognitivas, creando así un ambiente propicio para fomentar la confianza en sus prácticas cotidianas. Otro aspecto ventajoso de la profesión fue la inclinación hacia la formación encaminada a cultivar las actitudes y conductas más adecuadas y necesarias para la intrincada responsabilidad de atender a los pacientes.

Actualmente estamos abordando el tema del programa de capacitación, diseñado para abordar la percepción de ciertos trabajadores sobre el estereotipo de "trabajador de fábrica". Este fenómeno surge debido a la falta de centralidad en el usuario y la desalineación entre las expectativas de los individuos y sus experiencias reales, particularmente en relación con sus sentimientos durante el descanso. La ausencia de capacitación especializada entre los empleados en muchos sectores de servicios es un obstáculo importante para el establecimiento de rutinas de trabajo destinadas a mitigar el riesgo sistémico. Sin embargo, la ausencia de capacitación formal puede ser mitigada por la experiencia laboral y la conformidad con las normas del grupo, que pueden servir como variables influyentes en el proceso de aprendizaje de la gestión de riesgos. El departamento de enfermería tiene la percepción de que el desacuerdo encontrado en 2004 influyó en que los técnicos los vieran como un componente esencial de la fuerza de trabajo colectiva dentro de la organización, en lugar de verlos solo como empleadores. El establecimiento de espacios de coordinación facilitó la comunicación y colaboración efectiva entre la jefatura y el resto del personal, lo que resultó en la implementación exitosa de normas de trabajo acordadas mutuamente.

La correlación entre la percepción del riesgo y el establecimiento de relaciones de confianza entre las personas involucradas en la gestión del riesgo se mostró significativa. Según Karpik, el establecimiento de relaciones de confianza implica una fase inicial de conflicto y negociación. Las interacciones entre empleados y jefes jerárquicos juegan un papel vital en

este proceso. El establecimiento de conexiones de confianza puede verse como una especie de aprendizaje organizacional que altera tanto el manejo de las circunstancias como las situaciones mismas. La organización sufre una transformación dentro de un entorno caracterizado por la incertidumbre, donde el abanico de posibilidades está determinado externamente por los tomadores de decisiones. Esto se convierte en un escenario donde los propios actores dan forma a las posibilidades, no solo determinando la elección óptima sino también construyendo el conjunto de alternativas potenciales. El establecimiento de relaciones de confianza a menudo está vinculado a procedimientos intrincados. Estos comportamientos están incrustados dentro de contextos sociales intrincados, lo que requiere un proceso prolongado e intrincado de aprendizaje organizacional. Este proceso se caracteriza por el conflicto y la negociación, lo que finalmente conduce a la adopción de comportamientos que se alinean con las normas acordadas. La noción de ver a los supervisores de trabajo directos como legítimos es un componente contribuyente que impacta favorablemente este procedimiento.

### ***2.3.2.1. Construcción del Mapa de Riesgo***

La segunda metodología utilizada incluyó la elaboración de un mapa de riesgos a partir de los hallazgos derivados de la encuesta integral aplicada al personal del Centro Quirúrgico. Para la elaboración del mapa de riesgos, los participantes se organizaron en grupos homogéneos formados por 32 empleados de diversas categorías laborales, excluyendo a los médicos, resultando una participación total de 103 personas. Luhmann (1992), junto con otros académicos, ha enfatizado la importancia de los procesos de percepción, evaluación y selección de riesgos realizados por individuos dentro de varios entornos sociales en la actualidad. Según Luhmann, cabe señalar que el procedimiento de selección de riesgos no se realiza con base en criterios técnicos o lógicos. Este fenómeno implica la activación de los valores, interpretaciones y principios operativos de diversos grupos sociales. La evaluación y

reconocimiento del peligro no es sólo una cuestión psicológica, sino fundamentalmente social. La forma en que los individuos responden al riesgo puede verse como conforme a los estándares sociales mantenidos por grupos de referencia significativos o como resultado de procesos de socialización particulares. En este contexto, el mapa de riesgos brinda una descripción integral de los peligros que más perciben los empleados, sus evaluaciones de estos riesgos y los procesos de selección implícitos que se forman dentro de los procesos de trabajo del Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas. Para facilitar el análisis de estos procesos, se clasificaron en los componentes de riesgo convencionales y luego se evaluaron en función del nivel de riesgo, el daño percibido y las estrategias de mitigación implementadas.

#### **2.3.2.2. *Microclima***

En cuanto a las características asociadas a la comodidad, los empleados relataron experimentar diversos grados de incomodidad en respuesta a la temperatura ambiente. Se llamó la atención sobre la insuficiencia de la ventilación, ya que se demostró que genera malestar psicofísico, olores desagradables y aprensión por la contaminación. Se observaron problemas en la iluminación del espacio designado, específicamente relacionados con la falta de suficiente contraste e intensidad, lo que impidió la ejecución del trabajo. Se observó la presencia de deficiencias visuales y la experiencia de dolores de cabeza. A escala global, es bien sabido que muchas personas ven el microclima físico como una fuente de dolor.

#### **2.3.2.3. *Contaminantes***

Los siguientes contaminantes, categorizados en base a sus características, fueron detectados dentro de las agrupaciones respectivas.

- Físicos. El contaminante predominante que se observa es el ruido, que emana de muchas fuentes, como maquinaria, dispositivos y vocalizaciones humanas. Este ruido se

experimenta como una molestia persistente y altamente perturbadora, que alcanza niveles que se consideran peligrosos. Se demostró que los daños observados estaban asociados con desafíos en la comunicación interpersonal y angustia psicológica. En el contexto de las vibraciones, los grupos de auxiliares de enfermería e instrumentistas relataron percibirlos como causantes de dolor leve.

- Químicos. En cuanto a los contaminantes químicos, los compuestos predominantes utilizados fueron los gases anestésicos, desinfectantes y antisépticos, frecuentemente utilizados en situaciones cotidianas. Se determinó que los compuestos eran agentes causantes de dolor significativo, caracterizado por irritación de la piel, irritación de las membranas mucosas y la manifestación de síntomas de alergia.
- Biológicos. El rango de exposición a agentes biológicos abarca varios tipos, incluyendo bacterias, virus y hongos. El sentido de nocividad del grupo se estableció por el contacto directo con sangre y fluidos corporales. Había una creencia predominante sobre el potencial de contraer infecciones.

#### ***2.3.2.4. Carga Física***

La carga estática se transmitía a través de las posturas utilizadas a lo largo de la jornada laboral. La postura predominante observada se caracterizó por individuos de pie erguidos con los brazos extendidos anteriormente y colocados por encima del nivel del hombro. En cuanto a la carga dinámica, los desplazamientos ocurrieron con frecuencia a lo largo del período operativo para todos los empleados en varias distancias. Las excursiones realizadas fuera de los límites del servicio se asociaron principalmente con la presencia de grupos acompañantes, la adquisición de los suministros necesarios y la facilitación de los servicios de mensajería. Los empleados informaron haber experimentado varios efectos negativos, como cansancio, dolor muscular y problemas osteoarticulares.

### ***2.3.2.5. Carga Mental***

El concepto de carga mental subraya la importancia de la atención y la meticulosidad como factores críticos asociados con los elevados riesgos relacionados con la atención al paciente y la administración de sustancias. Esta asignación tiene requisitos relacionados con el tiempo, incluidas actividades repetidas que permiten la alteración de la secuencia mientras se adhieren a las pautas establecidas. Los descansos y las pausas son usados por varios grupos, dependiendo de la naturaleza del proceso de trabajo. Las rotaciones de turnos estaban sujetas a rotación, excepto para quienes ocupaban puestos de posgrado o pasante. Estas rotaciones estaban predeterminadas y, a menudo, determinadas por el supervisor o por consenso mutuo. La tasa de productividad fue ampliamente vista como significativamente elevada, con la excepción de los instrumentistas que la vieron como algo leve. Todos los grupos tuvieron retrasos en sus actividades planificadas debido a incidentes no previstos.

### ***2.3.2.6. Seguridad***

En cuanto a las condiciones de seguridad contra incendios, la mayoría de los encuestados consideró que los extintores de incendios son un elemento crucial. Además, varios participantes destacaron la necesidad de escaleras laterales y cursos de capacitación. En cuanto a los aspectos de seguridad asociados al mantenimiento de equipos y dispositivos, las ocurrencias fueron poco frecuentes y originadas por fuentes externas. El estado de uso del equipo se consideró satisfactorio ya que cumplía con su finalidad prevista e incluía ciertos mecanismos de seguridad. Al momento de la admisión, los miembros del personal a menudo se someten a un proceso de orientación facilitado por sus colegas o una persona designada en un puesto de autoridad. Este período de orientación generalmente abarca una duración de alrededor de 3 a 6 meses.

La investigación participativa sobre los riesgos y beneficios para la salud es el primer paso para proteger la salud de los trabajadores. En el Centro Quirúrgico, comprender los procesos positivos y negativos relacionados con la salud de los trabajadores fue clave para la creación de programas de promoción de la salud. Este punto final enfatiza que el empoderamiento de los trabajadores en todas las fases de la investigación es crucial para el avance. La falta de compromiso de la comunidad médica limita el trabajo.

Soluciones simples para la detección, eliminación y control de procesos de trabajo peligrosos muchas veces se generan cuando se unen expertos en salud ocupacional y el conocimiento que tienen los trabajadores de su entorno inmediato (Tomasina y Levin, 2000). Los datos recopilados a través del uso de estos muchos métodos pueden usarse para construir procesos que sean beneficiosos para la salud de los empleados del Centro Quirúrgico, así como procesos que interactúen destructivamente entre sí. Los rasgos positivos son aquellos relacionados con el fuerte sentimiento de identidad universitaria del grupo.

La valoración del trabajo, incluidos los valores históricos asociados a la prestación de cuidados y servicios a los demás, también se ha destacado como salvaguarda y aspecto positivo del empleo. El concepto de trabajo es visto, en el contexto de la identidad, como una influencia formativa. La expresión de procesos saludables se manifiesta mayoritariamente a través de emociones de compañerismo, estima y unidad. El perfil destructivo se caracteriza por la presencia de conflictos entre el personal ubicado en el centro y los demás servicios hospitalarios. Se considera que estos conflictos dan como resultado un aumento de las cargas de trabajo. En relación con las circunstancias materiales en las que se desarrolla la actividad, se aprecian notables deficiencias en la climatización, ventilación e iluminación. El perfil salud-enfermedad se caracteriza por cambios en la vista que se acompañan de la presencia de dolores de cabeza. La irritación de la piel y las mucosas, junto con los síntomas de alergia, se citan como signos, además de los trastornos osteoarticulares. Existe una idea predominante sobre los

riesgos potenciales asociados con las infecciones. La fatiga es una condición patológica a menudo vista que carece de una definición precisa. En cuanto a los accidentes laborales agudos, destacan los accidentes con objetos punzantes y los incidentes traumáticos.

### ***2.3.3. Malas condiciones laborales que afectan la Salud***

La Organización Mundial de la Salud publicó una investigación sobre los determinantes sociales de la salud, que encontró que las anomalías relacionadas con el trabajo son significativas.

#### ***2.3.3.1. Los factores que más influyen***

Muntaner es investigador del Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) y uno de los autores del informe. El profesional destacó que las condiciones de trabajo tienen un profundo impacto en la salud de los trabajadores en todo el mundo.

Según el estudio, ganarse la vida con trabajo inseguro, definido como tener un contrato temporal o de medio tiempo, bajos ingresos y beneficios limitados, está relacionado con una mala salud mental y física.

La posibilidad de desarrollar una enfermedad coronaria grave aumenta en un 50 % en aquellos que experimentan estrés en el trabajo.

El diario El Mundo dijo que las profesiones de alto estrés que tienen una gran demanda pero que están mal pagadas y subestiman las habilidades de los empleados aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud física y mental.

Entre los hombres en edad laboral en España, la encuesta encontró que más del 25 % tenía problemas de salud mental, mientras que solo el 6 % de aquellos con trabajos estables los tenían. Esta disparidad se amplía para las mujeres, donde la frecuencia de problemas mentales

se acerca al 33% en situaciones de máxima inestabilidad laboral frente al 12% entre aquellas con empleo seguro.

### ***2.3.3.2. Las más desfavorecidos***

Se demostró que el trabajo es un factor de protección contra los problemas de salud, ya que permite a una persona llevar un estilo de vida saludable al proporcionar sus necesidades básicas y atención médica. Sin embargo, tener un trabajo es crucial para la supervivencia de más de la mitad de la humanidad.

Unos 487 millones de hogares sobreviven con menos de un euro al día, y 1,3 millones se las arreglan con menos de un euro y medio. Esto es mucho más bajo que la investigación anterior en el Reino Unido que estimó que se requería un presupuesto semanal de 166 € para un estilo de vida saludable.

A las mujeres se les paga menos que a los hombres por hacer el mismo trabajo y se enfrentan a otras desventajas, como la falta de atención de la salud reproductiva y menos opciones profesionales. Los comportamientos alimentarios discriminatorios, la agresión, la falta de capacidad para tomar decisiones y una distribución desigual del empleo son solo algunas de las formas en que el estudio afirma que estas disparidades "influyen en la salud de diferentes maneras".

### ***2.3.4. Calidad y productividad en la administración de la salud***

Relevancia, aportaciones rol, alcance: Cada experto en calidad y productividad tiene muy claro lo que representa la Administración de Salud, cómo se ha desempeñado en el contexto venezolano, sus mayores debilidades y los requisitos para que esta gestión se manifieste verdaderamente y en beneficio de todos los que aquí vivimos.

Los foros, talleres y mesas redondas dentro del programa analizan este tema en profundidad, y los comentarios de los participantes sobre estos eventos sugieren que, como resultado, la lección de este especialista será la capacidad de realizar las siguientes tareas relacionadas con la salud:

- Para ayudar a mejorar la salud de las personas y el medio ambiente, dos de los elementos más esenciales de la vida, el experto en calidad y productividad primero deberá determinar qué requisitos son los más apremiantes.
- Para asegurar el impacto social y un cambio en las condiciones de salud de las personas, es necesario planificar, implementar y supervisar la gestión de los Servicios de Salud, Saneamiento Básico y Ambiental de acuerdo con criterios de eficiencia, eficacia, productividad y calidad.
- La competencia en la vinculación social, justa, equitativa y solidaria con la comunidad es esencial, así como la capacidad de educarse a sí mismo y a los demás, así como la comprensión de la organización, planificación y administración de los servicios de salud.
- Para mejorar el proyecto de desarrollo del país, el experto debe abogar por la descentralización, la modernización y la participación ciudadana.
- Esfuércese constantemente por la excelencia y busque nuevos métodos para mejorar colaborando con otros ejecutivos de C-suite en la planificación estratégica, el posicionamiento en el mercado, las decisiones de inversión, el marketing social, la auditoría y la intervención.
- El sector salud en su conjunto, incluyendo las instituciones públicas, mixtas y privadas que brindan educación, información, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud, debe mejorar su capacidad de gestión y resolución de problemas.

Lesyanel González, participante del programa, tiene algunas reflexiones al respecto, afirmando que los gerentes especializados en Calidad y Productividad deben ser:

- Si quieres trabajar en un campo donde tu principal responsabilidad es la investigación, donde se genera "conocimiento" y se explican "procesos", necesitarás una base sólida en ciencias sociales y una amplia formación en metodología de la investigación (tanto cuantitativa como cualitativa).
- Integración del conocimiento, ya que es importante conectar ideas e información para generar entendimientos novedosos y aplicaciones prácticas.
- El proceso de coordinar y evaluar las soluciones comunitarias a los problemas de salud a través de la identificación de necesidades, el intercambio de información, el intercambio de ideas y otros medios de gestión del conocimiento social.
- Flexibilidad Además del trabajo de curso requerido, debe haber oportunidades para actividades extracurriculares que expongan a los estudiantes a nuevas áreas de estudio y los alienten a pensar de manera crítica sobre los problemas de salud pública y privada.
- Para ayudar a organizar la respuesta de la sociedad al problema de salud, se debe colaborar con las escuelas de salud pública para pensarse como centros de inteligencia en salud, donde se realice investigación, reflexión, innovación, información, concertación y aportes sustanciales.
- El objetivo general del especialista en calidad y productividad en los hospitales públicos y privados es facilitar una administración más competente, productiva y experta.
- Finalmente, el especialista es el encargado de coadyuvar en la formación y desarrollo de los administradores de salud, con el objetivo de formar un grupo de especialistas con capacidad de liderazgo y toma de decisiones, que asuman la

responsabilidad de administrar con profesionalidad y eficiencia los sistemas de salud del país.

- Mejorar la gestión de recursos de los tomadores de decisiones adaptando conocimientos y métodos de otros contextos a las necesidades únicas del sector de la salud en todos los niveles de gestión. Tiene que ser proactivo para abordar las metas, desafíos y necesidades del sistema de salud de Venezuela. Dado que las iniciativas de mejoramiento deben invertir en recursos humanos, el programa otorga un lugar destacado a la formación de actores en el campo de la salud.

La escuela necesita reaccionar ante la sociedad en su conjunto ampliando mucho su ámbito de actuación, ya que la salud es cosa de todos y va más allá de la gestión del sector salud. Por eso, en Salud Pública tiene que haber una acción, un objeto general y una meta social fundamentada en la evidencia. la información es poder, y empoderar a las personas hoy en día significa brindarles información para mejorar el mundo.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

##### 3.1.1. Tipo de investigación

Dado que las variables fueron medidas y analizadas, este estudio se realizó utilizando una metodología cuantitativa. Lo cual permitió determinar la relación entre las dos variables.

##### 3.1.2. Diseño de investigación

El diseño metodológico fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Constituyeron la muestra de las enfermeras que realizaron atenciones en el servicio de medicina a las cuales se les determinó las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE.

CL  $\Rightarrow$  CPAE

CL = Condiciones Laborales

CPAE = Cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE

#### 3.2. Población y muestra

##### 3.2.1. Población

La población fue conformada por un total de 29 enfermeras del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de Inclusión
  - Enfermeras con 1 a más años de trabajo en el Hospital.
  - Enfermeras con título profesional.
  - Enfermera que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.

- Criterios de Exclusión
  - Proveedores
  - Enfermeras con sanciones administrativas.
  - Enfermeras que realizan función administrativa.
  - Enfermeras que no pertenecen al servicio de medicina.
  - Enfermeras destacadas o de reemplazo.

### **3.2.2. Muestra**

La muestra fue tomada como la totalidad de la población de enfermeras pertenecientes al servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia N° enfermeras =29 enfermeras estudiadas.

- Unidad de análisis
  - Enfermeras.
- Unidad de observación
  - Servicio de Medicina.

### **3.3. Operacionalización de variables**

- Variable dependiente

Cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina

Tipo = Cualitativa

Dimensión=Ordinal

Indicadores

**Tabla 1***Variable dependiente***S. Datos subjetivos (síntoma que el paciente describe)**

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Recolección de Datos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Selección de datos indirectos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Buscando datos en la familia	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Mediante la entrevista	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

**O. Datos objetivos (síntoma que el personal observa)**

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Recolección de Datos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Selección de datos directos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Mediante un equipo	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
A través de la observación	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exámen físico	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Análisis y Registro	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

**A. Valoración (Conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos)**

Aspecto de la valoración: Valoración física del paciente

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Valorar el estado respiratorio	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Valorar el estado de conciencia	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Valorar el sistema circulatorio	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Valorar el estado nutricional	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Valorar características del dolor	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Valorar el estado del paciente	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Valorar el estado de vías y drenajes	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1

Valorar el nivel de información del paciente respecto a su enfermedad			No		
Valorar el estado emocional y espiritual	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Conclusión Diagnostica

Es claro y conciso	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Es específico y centrado en el cliente	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Es exacto	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Está basado en la valoración de los datos relevantes y la veracidad de los	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Es complementario al diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Implica un proceso de análisis y síntesis	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### P. Plan (Enseñanza de cliente inmediata y futura)

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Establecimiento de prioridades	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Determinación de los objetivos o resultados	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Plan de intervenciones de enfermería	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Registro del Plan	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Prevenir	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Disminuir	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Eliminar	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Problemas o respuestas identificadas en el Dx de Enfermería	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### I. Intervención de Enfermería adaptadas para el cliente

#### Tipo de intervención

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
----------	------	--------	-----------	------------------------	--------

Diagnosticas	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Terapéuticas	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Enseñanza	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Preparación para la ejecución

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Revisar y actualizar datos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Revisar y adaptar el plan según las circunstancias actualizar datos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Aplicación o ejecución

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Considerar los riesgos y complicaciones	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Ambiente donde se ejecuta	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Conocimiento que se requiere para realizar las acciones	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Implicaciones legales	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### E. Evaluación (Resultado de la asistencia del paciente).

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
¿Se evidenció el cambio esperado en el paciente?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
¿Cuál es su apreciación de los resultados esperados?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
¿Las intervenciones de Enfermería fueron apropiadas?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
¿Eran claros y precisos los objetivos, realistas y articulados con el Diagnostico de Enfermería?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
¿El Diagnostico de Enfermería fue apropiado para el caso clínico intervenido?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
¿Los datos recogidos aportaron elementos pertinentes para implementar los cuidados de enfermería?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
¿Surgieron nuevos datos, cuáles y en qué circunstancias del proceso de atención?	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

- Variable independiente

Tipo = Cualitativa

Dimensión = Ordinal

Indicadores

**Tabla 2**

*Variable independiente: Condiciones Laborales*

<b>Microclima</b>					
Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Confort	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Iluminación	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Temperatura ambiental	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Ventilación	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

<b>Contaminantes</b>					
Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Exposición al ruido	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a vibraciones	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a radiaciones	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a gases anestésicos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a desinfectantes	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a antisépticos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a bacterias	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a virus	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a hongos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a sangre	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Exposición a fluidos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Carga Física

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Posturas inadecuadas al trabajar	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Horas de trabajo de pie	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Tiempo de extensión de brazos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Desplazamientos a grandes	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Manipulación de pesos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Peligrosidad de rodamientos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Carga Mental

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Exigencias en corto tiempo	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Tareas repetidas	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Adición de otras actividades a las suyas	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Seguridad:

#### Seguridad contra incendios

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Presencia de extintores	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Existencia de escaleras laterales	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Realización de cursos de capacitación	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

#### Seguridad de mantenimiento de equipos y aparatos

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Equipos con registro de mantenimiento no mayor de 1 año	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Equipos reparados y en buen estado	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Equipos menores a 20 años de antigüedad	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Riesgos eléctricos

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Disposición de toma corrientes con amperaje adecuado	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Cableado de artefactos debidamente aislado	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Seguridad en válvulas de gas	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Seguridad del material inflamable	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Seguridad en cocinas	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Seguridad en sala de esterilización	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### Protección personal

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Se dispone de guantes siempre	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Se lleva una sobre-túnica	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Se emplea tapabocas de forma permanente	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Se manipula materiales corto punzantes	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Traumatismos	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0
Lesiones osteoarticulares	Cualitativa	Nominal	Si	Cuestionario	1
			No		0

### 3.4. Instrumentos

Para examinar la conexión entre las condiciones de trabajo y la adhesión al proceso de atención de enfermería de la SOAPIE, se utilizó un enfoque de encuesta, se realizaron entrevistas personales y se utilizó un cuestionario estructurado que consta de preguntas cerradas para recopilar los datos necesarios para el análisis. Así es como se define el instrumento:

- **1º Parte:** Datos generales, consistieron de seis ítems, referidos a la edad, sexo, tiempo de servicio, estado civil y estudios de especialización.

- **2º Parte:** Estructurado con 37 preguntas, las que están contenidas en seis dimensiones para la variable Carga laboral y con 38 preguntas, las que están contenidas en siete dimensiones para la variable Condiciones laborales. El patrón de respuestas fue el siguiente: 1 Si y No 0

#### ***3.4.1. Validación y confiabilidad del instrumento***

En este estudio, utilizamos una estrategia de validación conocida como juicio de expertos (crítica de los jueces), que fue realizada por un panel de tres profesionales de la salud con títulos de doctorado que participaban activamente en el campo de estudio o realizaban investigaciones relacionadas.

Los jueces dictaminaron en razón de:

- **Validez Interna:** para asegurar que el método a través del cual se construyó el instrumento fuera consistente con el problema planteado, los objetivos y las hipótesis de la investigación. El objetivo se utilizó para confirmar que el instrumento arrojó los resultados esperados.
- **Validez de constructo:** Los jueces dieron su sello de aprobación si se encontraba que el instrumento respondía dentro de la formulación lógica del marco teórico de la variable, sus dimensiones y sus indicaciones.
- **Validez de contenido:** Se confirmó el número de preguntas del instrumento y su capacidad para evaluar las propiedades observables de la variable de investigación.
- **Aplicación de los instrumentos:** El equipo de estudio utilizó el procedimiento indicado para recolectar la muestra y aplicar el equipo a la muestra estimada.

La validación de datos mediante la omisión y el cierre de elementos ayudó a construir mecanismos para el control de calidad y la confiabilidad de la información.

### **3.5. Procedimientos**

#### ***3.5.1. Estrategia de Prueba de Hipótesis***

El contraste de hipótesis, según Aron et al. (2012) es un procedimiento para decidir si los resultados de una muestra, apoyan una teoría particular o una innovación práctica, que se cree aplicable a una población (p. 108). Para el contraste de las hipótesis, se ha realizado los siguientes procedimientos:

- Plantear la hipótesis alternativa ( $H_a$ ) y la hipótesis nula ( $H_0$ )
  - Hipótesis nula ( $H_0$ )

A mejores condiciones laborales, menor cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, de los pacientes del servicio de Medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

- Hipótesis alterna ( $H_1$ )

A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, de los pacientes del servicio de Medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia.

### **3.6. Análisis de datos**

Para analizar los hallazgos y crear las tablas de contingencia, se utilizó SPSS 23.0 para el análisis de datos. Los datos de la investigación se organizaron en tablas y gráficos en función de sus características compartidas, y sus distribuciones de frecuencia se calcularon utilizando los porcentajes apropiados.

Para la parte explicativa se empleó un modelo de Regresión Lineal, la Correlación directa Rho Spearman para las variables cuantitativas.

## IV. RESULTADOS

**Figura 1**

*El adecuado registro de los datos subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería*



**Tabla 3**

*“S” el adecuado registro de los datos subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería y las condiciones laborales*

		<b>Condiciones Laborales</b>			
			<b>Inadecuado</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Total</b>
S Respecto al Llenado de Datos Subjetivos (Síntoma que el paciente describe)	Malo	Nº	5	12	17
		%	83,3%	60,0%	65,4%
	Regular	Nº	1	7	8
		%	16,7%	35,0%	30,8%
	Bueno	Nº	0	1	1
		%	,0%	5,0%	3,8%
			100,0%	100,0%	100,0%
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>				<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	
	<b>Valor</b>		<b>gl</b>		
	Chi-cuadrado de Pearson	1,188	2	0,552	
	Razón de verosimilitudes	1,465	2	0,481	
	Asociación lineal por lineal	1,136	1	0,286	
	Nº de casos válidos	26			

Nota Esta tabla muestra a. 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .23.

**Figura 2**

“O” el adecuado registro de los datos objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa

**Tabla 4**

“O” el adecuado registro de los datos objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales

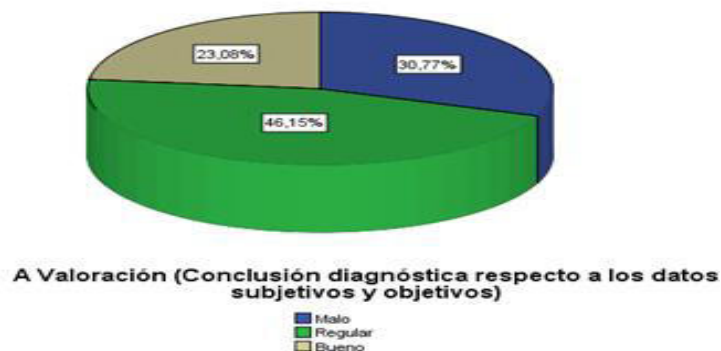
<b>Condiciones Laborales</b>					
			<b>Inadecuado</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Total</b>
S Respecto al Llenado de Datos Objetivos (Signos que el personal observa)	Malo	Nº	1	9	10
		%	16,7 %	45,0%	38,5%
	Regular	Nº	4	5	9
		%	66,7%	25,0%	34,6%
Bueno		Nº	1	6	7
		%	16,7 %	30,0%	26,9%
Total		Nº	6	20	26
		%	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>		<b>Sig. asintónica</b>
Valor		gl (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,583	2 0,167
Razón de verosimilitudes	3,482	2 0,175
Asociación lineal por lineal	1,156	1 0,693
Nº de casos válidos	26	

Nota. Esta tabla a. 3 casillas (50 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.62

**Figura 3**

“A” la valoración realizada por la enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos

**Tabla 5**

“A” la valoración realizada por la enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos y las condiciones laborales

Condiciones Laborales				
		Inadecuado	Adecuado	Total
A Valoración (Conclusión Diagnóstica respect a los	Malo	Nº 4	4	8
		% 66,7 %	20,0%	30,8%
Datos subjetivos y objetivos)	Regular	Nº 1	11	12
		% 16,7% 55,0% 46,2%		
Bueno		Nº 1	5	6
		% 16,7 %	25,0%	23,1%
Total		Nº 6	20	26
		% 100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Sig. asintótica		
Valor		gl	(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,875	2	0,087
Razón de verosimilitudes	4,709	2	0,095
Asociación lineal por lineal	2,521	1	0,112
Nº de casos válidos	26		

Nota a. 4 casillas (50 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.38

**Figura 4**

“P” el plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura

**Tabla 6**

“P” el plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura y las condiciones laborales

Condiciones Laborales			Inadecuado	Adecuado	Total
P Plan (Enseñanza de Cliente inmediata y futura)	Malo	Nº	6	5	11
		%	100,0 %	25,0%	42,3%
	Regular	Nº	0	8	8
		%	,0%	40,0%	30,8%
Bueno		Nº	0	7	7
		%	,0 %	35,0%	26,9%
Total		Nº	6	20	26
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado		Sig. asintótica
Valor		gl (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,636	2 0,005
Razón de verosimilitudes	12,932	2 0,002
Asociación lineal por lineal	8,031	1 0,005
Nº de casos válidos	26	

Nota a. 3 casillas (50 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.62

**Figura 5**

*“I” la intervención de la enfermería adaptadas para el cliente*

**Tabla 7**

*“I” la intervención de la enfermera adaptadas para el cliente y las condiciones laborales*

Condiciones Laborales			Inadecuado	Adecuado	Total
I Intervención de Enfermería Adaptadas para el cliente	Malo	Nº	2	5	7
		%	33,3 %	25,0%	26,9%
	Regular	Nº	3	6	9
		%	50,0%	30,0%	34,6%
Bueno		Nº	1	8	9
		%	16,7 %	40,0%	34,6%
29%		Nº	0	1	1
		%	,0%		5,0% 3,8%
Total		Nº	6	20	26
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado		Sig. Asintótica	
Valor		gl	(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,678	3	0,642
Razón de verosimilitudes	1,979	3	0,577
Asociación lineal por lineal	0,444	1	0,505
Nº de casos válidos	26		

Nota a. 3 casillas (62.5 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23

**Figura 6**

“E” el nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales

**Tabla 8**

“E” el nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales

Condiciones Laborales				Inadecuado	Adecuado	Total
E Comprobación (Evaluación -Resultado de La asistencia del paciente	Malo	Nº	6	6	12	
	%		100,0 %	30,0%	46,2%	
%	Regular	Nº	0	3	3	
	15,0%	11,5%				
Bueno		Nº	0	11	11	
		%	,0 %	55,0%	42,3%	
Total		Nº	6	20	26	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado		Sig. asintótica	
Valor		gl	(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,100	3	0,011
Razón de verosimilitudes	11,455	3	0,003
Asociación lineal por lineal	7,852	1	0,005
Nº de casos válidos	26		

Nota a. 4 casillas (66.7 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 69

**Tabla 9***Las condiciones laborales de los pacientes del servicio de medicina en Hospital Nacional**Cayetano Heredia*

Microclima					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	19	73.1	73.1	73.1
	Regular	3	11.5	11.5	84.6
	Bueno	4	15.4	15.4	100.0
	Total	26	100.0	100	
Contaminantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	3	11.5	11.5	11.5
	Regular	14	53.8	53.8	65.4
	Bueno	9	34.6	34.6	100.0
	Total	26	100.0	100	
Carga Física					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Validos	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	10	38.5	38.5	38.5
	Regular	9	34.6	34.6	73.1
	Bueno	7	26.9	26.9	100.0
	Total	26	100.0	100	
Carga Mental					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	4	15.4	15.4	15.4
	Regular	9	34.6	34.6	50.0
	Bueno	13	50.0	50.0	100.0
	Total	26	100.0	100	
Seguridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	16	61.5	61.5	61.5
	Regular	9	34.6	34.6	96.2
	Bueno	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100	
Protección personal					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	11	42.3	42.3	42.3
	Regular	13	50.0	50.0	92.3
	Bueno	2	7.7	7.7	100.0
	Total	26	100.0	100	
Condiciones laborales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	Malo	3	11.5	11.5	11.5
	Regular	21	80.8	80.8	92.3
	Bueno	2	7.7	7.7	100.0
	Total	26	100.0	100	

- Contrastación de la hipótesis

**Tabla 10**

*Relación entre las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia*

			Condiciones Laborales		
			Inadecuado	Adecuado	Total
	Malo	N°	4	4	8
		%	66,7%	20,0%	30,8%
SOPRE ponderado	Regular	N°	1	7	8
		%	16,7%	35,0%	30,8%
	Bueno	N°	1	9	10
		%	16,7%	45,0%	38,5%
Total		N°	6	20	26
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado	Sig. Asintótica		
Valor		gl	(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,734	2	0,094
Razón de verosimilitudes	4,470	2	0,107
Asociación lineal por lineal	3,637	1	0,057
N° de casos válidos	26		

Nota. a. 3 casillas (50 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.85

#### 4.1. Resultados de gráficos y tablas

- Figura 1

“S” respecto al adecuado registro de los datos subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería, se pudo encontrar que el 65 % de las enfermeras tenían un mal llenado de dicha información, mientras que el 31 % lo hacía de forma regular, siendo el complemento el nivel de malo.

- Tabla 1

Respecto del nivel “S”, con el adecuado registro de los datos subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería y las condiciones laborales, se pudo

encontrar que del total de los que reportaron condiciones laborales inadecuadas el 83 % reportó que el llenado de datos subjetivos era malo, mientras del total que expresaban condiciones adecuadas el 60 % refiere 21 esta misma condición, como podemos observar el valor de  $\chi^2$  es de 1.188, con valor de P mayor de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis del trabajo de investigación, por lo que no se establece relación entre las variables medidas.

- Figura 2

“O” en cuanto al adecuado registro de los datos objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa, se pudo encontrar que el 38 % mostró un llenado de datos objetivos malo, el 35 % mostró este llenado como regular y el complemento como bueno.

- Tabla 2

“O” En cuanto al el adecuado registro de los datos objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales, se pudo encontrar que del total de las enfermeras que reportan condiciones inadecuadas, el 16 % refiere que el llenado de datos objetivos es malo, mientras que del total de las que reportan condiciones adecuadas, el 45 % refiere lo mismo, como se observa el valor de  $\chi^2$  es de 3.583 con un valor de P mayor de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y rechaza la hipótesis de estudio, en este sentido no se relacionan las dos variables.

- Figura 3

“A” la valoración realizada por la enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos, se pudo encontrar que el 46 % fue encontrada como regular, el 31 % como mala y el complemento como buena.

- Tabla 3

“A” en cuanto a la valoración realizada por la enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos y las condiciones laborales, se pudo

encontrar que del total de los que reportan un nivel inadecuado de condiciones laborales el 67 % refieren una validación mala, mientras que entre los que reportan un nivel adecuado, el 20% apuntan a la evaluación bajo estas circunstancias, podemos ver que no existen diferencias estadísticamente significativas en este caso ( $\text{Chi}^2 = 4.88, P > 0.05$ ), por lo que aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la alternativa.

- Figura 4

“P” respecto del plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura, se pudo encontrar que el 42.3 % fue malo, el 31 % regular, y el complemento bueno.

- Tabla 4

Respecto a “P” el plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura y las condiciones laborales, se pudo encontrar que del total de las que refieren condiciones inadecuadas el 100 % refiere que el plan es malo, mientras que de las que reportan condiciones adecuadas manifiestan que este mismo plan es malo, esto permite el informe de diferencias estadísticamente significativas, con un valor P de menos de 0,001. Como resultado, podemos concluir que existe una correlación entre los niveles de planificación de las enfermeras y sus circunstancias de trabajo, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de estudio.

- Figura 5

Respecto a la “I”, la intervención de la enfermería adaptadas para el cliente se pudo encontrar que el nivel de intervención se dio como bueno en el 38 %, regular en el 35 %, y el complemento como malo.

- Tabla 5

Respecto a la “I”, la intervención de la enfermería adaptadas para el cliente y las condiciones laborales, se pudo encontrar que del total de los que reportan las condiciones

laborales como inadecuadas el 33 % refieren que la intervención de enfermería es mala, mientras que del total de los que reportan dichas condiciones como buenas, el 25 % refiere lo mismo, en este sentido no se reportan diferencias estadísticamente significativas hallando que el valor de  $\chi^2$  es de 1.68 y un valor de P mayor de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, estableciendo que no hay relación entre las variables.

- Figura 6

Respecto a “E”, el nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales, se pudo encontrar que el 46 % tuvo un nivel de malo, el 42 % tuvo el nivel de bueno, y el complemento regular.

- Tabla 6

Respecto a “E”, el nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales, se pudo encontrar que del total de las que tuvieron condiciones laborales inadecuadas el 100 % tiene un nivel de evaluación mala, mientras que del total de los que reportan condiciones adecuadas, el 30 % refieren que se encuentra en el mismo nivel de malo en la evaluación, como se puede apreciar el valor de P es menor de 0.05, lo que hace que las diferencias sean estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del estudio en este sentido se puede establecer relación entre las variables.

- Tabla 7

Respecto de las condiciones laborales de los pacientes del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia, se pudo encontrar que el Microclima era malo en el 73 %, había presencia de contaminantes en medio en el 54 %, la carga física era alta en el 27 %, la carga mental era mala en el 15 %, la seguridad era mala en el 62 % y la protección personal era regular en el 81 %.

#### 4.2. Contrastación de la hipótesis

- Tabla 8

Respecto de la relación entre las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia, se pudo encontrar que del total de los que reportan un nivel de condiciones laborales Inadecuadas el 67 % tuvo un SOAPIE malo, mientras que del total de los que reportan condiciones adecuadas tienen un SOAPIE malo también, como podemos observar, que no se reportan diferencias estadísticamente significativas, al encontrar un valor de  $\chi^2$  de 4.73 y un P mayor de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de estudio, en este sentido las variables estudiadas como el nivel de cumplimiento del SOAPIE y las condiciones laborales no se muestran relacionadas.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se tiene como resultados que la Calidad de registros en enfermería y las condiciones laborales, tiene una relación lineal estadísticamente significativa es decir a mejor condiciones laborales mejor calidad en registro en enfermería. Las características demográficas del personal de enfermería corresponden al sexo femenino en 89%, mayores de 31-40 años en 51.7%, de estado civil soltero en 75%, el tiempo laboral de menos de 2 años en 48.3%, de condición laboral terceros en 37.9%, Similar resultado en el estudio de investigación de **Duque** (2014), Identifica los facilitadores e inhibidores del uso del PAE por parte de los enfermeros en un ambiente de salud. La mayoría de las enfermeras tienen entre 20 y 40 años, las mujeres siguen siendo la mayoría (77 %) de la fuerza laboral de enfermería, la mayoría (66 %) de las enfermeras tienen entre uno y diez años de experiencia, la mayoría (83 %) % de las enfermeras) han trabajado en su institución actual por menos de cinco años, y la mayoría (83%) de las enfermeras están contratadas a través de una agencia externa.: Su implementación fue factible por una combinación de circunstancias, incluido el deseo de brindar una atención integral y la plataforma SAP para la gestión de la atención al paciente. A pesar de que todas las enfermeras de la institución están de acuerdo en que brindar un tratamiento de alta calidad es crucial, él argumenta que el PAE a menudo se pasa por alto debido a su gran carga de trabajo y las muchas responsabilidades que se les imponen. Hallazgo similar en relación con el tiempo de experiencia laboral fue encontrado por **Rojas** (s.f.) se observó que el perfil de las personas que utilizaban Proceso de atención de enfermería (PAE) estaban determinados por laborar en una institución pública y tener una edad menor de 35 años, tener más de 10 años de haber egresado y tener menos de 3 años de experiencia. En cuanto a las condiciones laborales y la calidad de registros en enfermería se observó que el 27.6% percibe como regular existiendo una relación lineal estadísticamente significativa. En la investigación por **Gutiérrez** (2009) El 77 % de las enfermeras son empleados directamente por

el hospital, mientras que el otro 23 % son contratados a través de agencias externas. Al comparar la duración de los contratos, el 53 % tiene duración indefinida, el 30 % contrato por orden de prestación de servicios y el 17 % tiene duración determinada. Barreto (2015) la falta de documentos estandarizados, insuficiente cantidad y calidad de estos formatos estandarizados, falta de capacitación por parte de la institución, falta de tiempo para hacerlo dentro de la jornada laboral por sobrecarga de trabajo, falta de recursos disponibles, falta de el ambiente de trabajo deficiente y la falta de experiencia práctica son factores que él identifica como que tienen un impacto negativo en el cumplimiento del registro. Los factores que afectan la vida profesional de las enfermeras incluyen su falta de especialización o formación de posgrado, la incapacidad de costear la formación, trabajar más horas de las habituales al mes (lo que puede provocar agotamiento), una formación académica de un solo título, la falta de formación profesional motivación y empleo en un centro de salud diferente. Existe una asociación directa y estadísticamente significativa entre los aspectos de Calidad en los registros de enfermería (planificación) y las condiciones de trabajo (carga de trabajo), esto es debido que la enfermera para poder realizar una conclusión diagnóstica tiene que haber recopilado información necesaria del paciente mediante la valoración integral ,física y analizar estos datos recopilados para llegar a un diagnóstico, de enfermería y por lo tanto planificar nuestros objetivos de lo que se quiere lograr en bien de la recuperación del paciente. Similar resultado podemos comparar con el trabajo de investigación de Canales et al. (2016) pudo constatar que las enfermeras en Chile enfrentan con frecuencia precariedad, demanda laboral, organización del trabajo y limitación de recursos, así como problemas de estrés, cansancio y alta carga mental, por falta de enfermeras para cubrir las unidades de trabajo y falta de tiempo para realizar tareas de enfermería. De. las condiciones laborales a través de sus dimensiones carga mental, carga física existe una correlación directa estadísticamente significativa debido a que las enfermeras emplean un tiempo prolongado de pie. Rojas (s.f.) aunque no se confirmó el

vínculo estadístico, señala que el uso del PAE es una barrera para la prestación de las actividades de cuidado, como lo son el tiempo dedicado a las tareas no asistenciales, la falta de asistencia logística y la ausencia de registros adecuados. La distribución proporcional del tiempo de un jornal de 12 horas según el tipo de actividades realizadas y que el 40% emplean de sus actividades en el cuidado de enfermería y un 40% emplean actividades de tipo de gestión y un 20% actividades educativas, apoyo logístico y de atención a las llamadas telefónica. Se utiliza para cosas que no necesitan atención y, a menudo, sale del presupuesto para actividades de atención directa, para las cuales se necesita más pago. También existe una asociación directa y estadísticamente significativa entre la valoración de las circunstancias de trabajo (dimensiones) y el cumplimiento del PAE (carga física, carga mental).

## VI. CONCLUSIONES

El adecuado registro de los datos Subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería no muestra relación estadísticamente significativa con las condiciones laborales.

No se muestra relación estadística entre el adecuado registro de los datos Objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales.

La valoración realizada por la enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos, no muestra relación estadística con las condiciones laborales.

Se muestra una relación estadística muy significativa entre el plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura, con las condiciones laborales.

La intervención de la enfermería adaptada para el cliente y las condiciones laborales, no se muestran relacionadas estadísticamente.

El nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales, muestran una relación estadísticamente significativa.

Respecto de las condiciones laborales de los pacientes del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia, se pudo encontrar que el Microclima era malo en el 73%, había presencia de contaminantes en medio en el 54%, la carga física fue baja en el 39%, la carga mental fue mala en el 50%, la seguridad fue mala en el 62% y la protección personal fue regular en el 50%. Las condiciones laborales fueron buenas o altas en bajo porcentaje. En general las condiciones laborales fueron regulares en un 81%.

Las características sociolaborales del personal de enfermería corresponden al femenino en 81%, mayores de 35 años en 77%, soltero en 54%, el tiempo laboral de menos de 5 años en

65%, de condición laboral nombrado en 65%, la mayoría no tiene estudios de posgrado en 93% y con carga familiar en 54%.

Finalmente, y respecto a la hipótesis del estudio, la relación entre las Heredia, no muestra relación estadística. condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano.

## VII. RECOMENDACIONES

Mejorar las habilidades de las enfermeras respecto de los procesos de atención de enfermería convirtiendo ese tipo de atención que brinde mejor el acceso a la información subjetiva y objetiva del paciente para cumplir adecuadamente los roles de la enfermera.

Incrementar en las enfermeras a través de talleres especializados la capacidad diagnóstica y mejorar potencialmente los estándares de la atención de la enfermera.

Potenciar el esquema de plan de cuidados de la enfermera, realizando un protocolo especializado para cada especialidad y poder mejorar no solamente el proceso de atención de enfermería sino también el sistema de rapidez en la atención.

Mejorar las condiciones laborales brindando a la enfermera un ambiente de confort y con poca carga laboral y así incrementar su eficiencia en la atención a los pacientes.

Establecer un sistema de monitorización continua del SOAPIE en las enfermeras, con la finalidad de poder mejorar la rapidez, calidez, eficiencia y logros en el servicio.

Considerar las características sociolaborales del personal de enfermería en la realización del plan de mejora de los Procesos de Atención de Enfermería.

## VIII. REFERENCIAS

- Abregú, V. (2016). *La Categorización de Pacientes y la Fatiga Laboral en el Profesional de Enfermería en una Clínica Privada-Lima 2015*. [Tesis de Posgrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1085/abregu\\_pv\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1085/abregu_pv_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. Paris: Inter Editions.
- Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño ISSN versión electrónica 1728-2403 *Pediátrica*, 2013; 5(1): pp.34 – 39.
- Atkinson, L. & Murray, ME. (1983). *Proceso de Atención de Enfermería*. (2a ed.) El Manual Moderno.
- Barreto, E. (2015). *Factores asociados al registro del proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren*. [Tesis de Segunda Especialización, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7b8646eb-9870-40f4-a3a1-4506e801ee84/content>
- Berman, A. (2008) *Fundamentos de enfermería*. Valoración. Pearson Educacion.S.A.
- Bravo, M., Cepeda, M. y Pozo, J. (2005). *Mejora del trato de enfermería en el Servicio de Urgencias del Hospital de Niños Baca Ortiz gracias a la existencia e implementación de un plan estandarizado de cuidados de enfermería para pacientes pediátricos con trauma craneoencefálico moderado a severo*. [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador].

- Canales, V., Valenzuela, S. y Paravic, K. (2016 ). Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería Universitaria* <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.pp.005.004>
- Carpenito, L.J. (1993). *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- Castillo U. y Elsa, E. (2008) *Factores que influyen en la aplicación del SOAPIE, Servicio de Pediatría. Hospital Santa Rosa Enero 2006. Lima*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Castillo, J. y Prieto, C. (1990). *Condiciones de trabajo, un enfoque renovador de la sociología del trabajo*. CIS.
- Castillo, J. y Villena, J. (1998): *Ergonomía, concepto y métodos*. Universidad Complutense.
- Díaz Aguilar, R., Oria Saavedra, M., Mederos Dueñas, M., Campo González, A., Alonso Uría, R.M. y Amador Morán, R. (2015). Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería: Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enferm. Univ*, 12(1), 36-40.
- Duque, P. (2014). Consideraciones para la Implementación del Proceso de Atención de Enfermería en un Entorno de Atención de Salud Complejo en Medellín, Colombia. *Univ. Salud*, 16(1), 91-102.
- Fernández, J. y Puell, M. (2014). *Aplicabilidad de la valoración en el cuidado de la persona hospitalizada servicio de cirugía Hospital Regional Docente las Mercedes*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo]. Repositorio USAT Tesis. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/444>
- Flores-Boixader, E. (1996) Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Revista: Enfermería Clínica*. 6(6), 242-248.

- Garrido García, R., Reyes Sigarreta, M., Cordero Rivera, V. y Rodríguez Miranda, E. (2003). Desafíos en la implementación de cuidados de enfermería en el hogar después del alta de un paciente hospitalizado. *Rev. cuba. med. gen. Integr.*, 19(1).
- Guardiola, A, Mercier, D, Tripier, P. y Tuillier, J. (2008). *Dérapages déontologiques et risques systémiques Journées. Savoirs et Développement*. ISH.
- Guillermo-Rojas, J. y Pastor-Durango, P. (2010) Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* (Medellín), 28(3), 323-335.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000300003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300003)
- Gutiérrez Lesmes, O, Torres, C., y Loba Rodríguez, N. (2018). Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Revista Cuidarte*, 9(1), 2007-16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.480>
- Iyer, P, Tapich, B, y Bernocchi-Losey, D. (1993). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill.
- Karpik, L. (1996). Dispositifs de confiance et engagements crédibles. *Sociologie du Travail*
- Kozier, B, Erb, G, Blais, K, y Wilkinson, JM. (2008). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. Vol I*. (5ta ed.). McGraw / Hill – Interamericana.
- Leon Roman, C. (2005). Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.*, 21(2). 1-1.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000200009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200009&lng=es&nrm=iso)
- Lesmes, Ó. (2009). Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. *Av. Enferm.*, 27(1), 60-68.

- López, P. (1994). Proceso de Enfermería. *Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 10., 37-38
- Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana.
- Luis, MT. (1991). Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. *Rol de Enfermería*, (1991), 14-62.
- Martínez-López, M., Montelongo-Meneses, P. y Pérez-Constantino, M. (2014). Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enferm. Univ.*, 11(1), 36-43.
- Mondragón-Gómez, S. y Jiménez-Utrilla, J. (2013). Proceso de atención de Enfermería a pacientes con gangrena de Fournier. *Enferm. Univ.*, 10(2), 58-66.
- Mora C. (2009). *Calidad y productividad en la administración de la salud*. Gestipolis. <http://www.gestipolis.com/canales6/ger/calidad-productividad-en-la-administracion-de-la-salud.htm>. 2009
- Muñoz Astudillo, M., Naranjo Bedoya, D., Orozco Ocampo, S., Barón Castro, M. y López Cárdenas, K. (2015). Métodos utilizados por enfermeros para incentivar el ejercicio entre los ancianos en residencias de ancianos. *Cult. cuid. Enferm.*, 12(1), 50-60.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Definición de salud.
- Pérez-Viltres, M., Lorente-Viltres, K., Rodríguez-Puebla, E., Herriman-Olivera, L. y Verdecia-Olivera, N. (2016). Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio de Yara. *Revista Cubana de Enfermería*.(Yara), 32(3), 18. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/585/180>
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Interamericana.

Pucci, F. (2010). *Aprendizaje organizacional para la gestión del riesgo*. CINTERFOR, Oficina Internacional del Trabajo.

Tomasina, F. y Levin, R. (2000) La salud ocupacional en Uruguay: experiencias de extensión universitaria. *VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES)*, La Habana, Cuba.

## IX. ANEXO

## Anexo 1

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## I. Características Demográficas y Condiciones Laborales De La Enfermera

## Datos Personales

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Edad  Sexo  Tiempo De Servicio

## Condición Laboral

Nombrado		Cas		Terceros	
----------	--	-----	--	----------	--

## Estado Civil Y/O Conyugal

Soltero (A)	Casado (A)	Viudo (A)	Divorciado (A)

Educación superior	Completa Y/O Incompleta	(* ) Grado Académico obtenido
Especialista		
Maestría		
Doctorado		

### Lista de cotejo a la Enfermera

Se observará a la enfermera durante media hora de atención al paciente y se completará información mediante el análisis de la historia clínica.

#### S Respecto al Llenado de Datos Subjetivos (Síntoma que el paciente describe)

La enfermera recolectó los datos de la siguiente manera:

1. ¿La enfermera seleccionó datos de forma indirecta?  
Si ( ) No ( )
2. ¿La enfermera buscó datos en la familia?  
Si ( ) No ( )
3. ¿La enfermera realizó una entrevista completa al paciente?  
Si ( ) No ( )

#### O Respecto al llenado de Datos Objetivos (Signos que el personal observa)

La enfermera recolectó los datos de la siguiente manera:

4. ¿La enfermera recolectó datos de forma directa?  
Si ( ) No ( )
5. ¿La enfermera recolectó datos mediante un equipo (Tensiómetro, estetoscopio, etc.)?  
Si ( ) No ( )
6. ¿La enfermera recogió datos a través de la observación del paciente?  
Si ( ) No ( )
7. ¿La enfermera realizó el Examen físico?  
Si ( ) No ( )
8. ¿La enfermera realizó el análisis de registros?  
Si ( ) No ( )

#### A Valoración (Conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos)

Aspecto de la valoración:

9. ¿La enfermera realizó la Valoración física del paciente?  
Si ( ) No ( )
10. ¿La enfermera valoró el estado respiratorio del paciente?  
Si ( ) No ( )
11. ¿La enfermera valoró el estado de conciencia del paciente?  
Si ( ) No ( )
12. ¿La enfermera valoró el sistema circulatorio del paciente?  
Si ( ) No ( )
13. ¿La enfermera valoró el estado nutricional del paciente?  
Si ( ) No ( )
14. ¿La enfermera valoró las características del dolor en el paciente?  
Si ( ) No ( )
15. ¿La enfermera valoró el estado de la piel y condiciones de la herida operatoria?  
Si ( ) No ( )
16. ¿La enfermera valoró el estado de vías y drenajes?  
Si ( ) No ( )
17. ¿La enfermera valoró el nivel de información del paciente respecto a su enfermedad?  
Si ( ) No ( )
18. ¿La enfermera valoró el estado emocional y espiritual del paciente?  
Si ( ) No ( )

#### Conclusión Diagnóstica

19. ¿El diagnóstico realizado por la enfermera es claro y conciso?  
Si ( ) No ( )
20. ¿El diagnóstico realizado por la enfermera es específico y centrado en el cliente?  
Si ( ) No ( )
21. ¿El diagnóstico realizado por la enfermera es exacto?

Si ( ) No ( )  
 22. ¿El diagnóstico realizado por la enfermera está basado en la valoración de los datos relevantes y la veracidad de los mismos?

Si ( ) No ( )  
 23. ¿El diagnóstico realizado por la enfermera es complementario al diagnóstico médico?

Si ( ) No ( )  
 24. ¿El diagnóstico realizado por la enfermera implica un proceso de análisis y síntesis?  
 Si ( ) No ( )

### **P Plan (Enseñanza de cliente inmediata y futura)**

25. ¿El plan de enfermería se realizó establecimiento de prioridades?  
 Si ( ) No ( )

26. ¿En el plan de enfermería se determinación de los objetivos o resultados esperados de la atención?  
 Si ( ) No ( )

27. ¿Se escribió un plan detallado de intervenciones de enfermería?  
 Si ( ) No ( )

28. ¿El plan contenía aspectos de prevención, disminución del problema identificado en el

Dx de enfermería y eliminación del problema?  
 Si ( ) No ( )

### **I Intervención de Enfermería adaptadas para el cliente**

29. Indique cuales de las siguientes intervenciones se realizaron:

- Diagnósticas Si ( ) No ( )
- Terapéuticas Si ( ) No ( )
- Enseñanza. Si ( ) No ( )

30. Respecto a la preparación para la ejecución de la intervención de enfermería se hicieron:

- Revisar y actualizar datos Si ( ) No ( )
- Revisar y adaptar el plan según las circunstancias Si ( ) No ( )

31. Respecto a la aplicación o ejecución de la intervención se hicieron :

- Considerar los riesgos y complicaciones Si ( ) No ( )
- Ambiente donde se ejecuta Si ( ) No ( )
- Conocimientos que se requieren para realizar las acciones Si ( ) No ( )
- Implicaciones legales. Si ( ) No ( )
- Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos Si ( ) No ( )

### **E Comprobación (Evaluación – Resultado de la asistencia del paciente).**

32. ¿Se evidencio el cambio esperado en el paciente?  
 Si ( ) No ( )

33. ¿Cuál es su apreciación de los resultados esperados?  
 Bueno ( )  
 Regular ( )  
 Malo ( )

34. ¿Las Intervenciones de Enfermería fueron apropiadas?  
 Si ( ) No ( )

35. ¿Eran claros y precisos los objetivos, realistas y articulados con el Diagnóstico de Enfermería?

36. ¿El Diagnóstico de Enfermería fue apropiado para el caso clínico intervenido?  
 Si ( ) No ( )

37. ¿Los datos recogidos aportaron elementos pertinentes para

implementar los cuidados de enfermería?

Si ( ) No ( )

### Condiciones Laborales

#### Microclima:

38. El ambiente donde trabaja es confortable

Si ( ) No ( )

39. El ambiente donde trabaja es cómodo

Si ( ) No ( )

40. El ambiente donde trabaja tiene buena iluminación

Si ( ) No ( )

41. El ambiente donde trabaja tiene una adecuada temperatura ambiental

Si ( ) No ( )

42. El ambiente donde trabaja tiene una adecuada ventilación

Si ( ) No ( )

43. El ambiente donde trabaja cuenta con aire acondicionado

Si ( ) No ( )

44. Como trabaja el Hospital con respecto al control del microclima

Bueno ( )

Regular ( )

Malo ( )

#### Contaminantes

45. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto al ruido

Si ( ) No ( )

46. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a vibraciones como el movimiento de ascensores o escaleras eléctricas.

Si ( ) No ( )

47. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a radiaciones

Si ( ) No ( )

48. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a gases anestésicos

Si ( ) No ( )

49. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a desinfectantes

Si ( ) No ( )

50. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a antisépticos

Si ( ) No ( )

51. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a bacterias

Si ( ) No ( )

52. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a virus

Si ( ) No ( )

53. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a hongos

Si ( ) No ( )

54. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a sangre

Si ( ) No ( )

55. El ambiente donde trabaja se encuentra expuesto a fluidos

Si ( ) No ( )

56. Como trabaja el Hospital con respecto a prevención del daño a su salud con los contaminantes

Bueno ( )

Regular ( )

Malo ( )

#### Carga física

57. Usted tiene que trabajar en posturas inadecuadas

Si ( ) No ( )

58. Cuantas Horas por jornada trabaja de pie: ..... horas

59. Cuento tiempo trabaja con la extensión de brazos (Cirugía, exámenes, etc)..... horas

60. Usted en el hospital hace desplazamientos a grandes distancias

Si ( ) No ( )

61. En su trabajo realiza manipulación de pesos

Si ( ) No ( )

62. En su trabajo usted tiene peligro de rodamientos

Si ( ) No ( )

### Carga mental:

63. A usted le hacen exigencias de resultados, productos, intervenciones o atenciones en corto tiempo  
Si ( ) No ( )
64. Usted realiza tareas repetitivas  
Si ( ) No ( )
65. En su trabajo usted tiene la adición de otras actividades además de las suyas, que tiene que cumplir forzosamente  
Si ( ) No ( )

### Seguridad:

#### Seguridad contra incendios:

66. En el hospital existen extintores visiblemente  
Si ( ) No ( )
67. Existen escaleras laterales  
Si ( ) No ( )
68. Se realización de cursos de capacitación para el manejo de incendios.  
Si ( ) No ( )

#### Seguridad de mantenimiento de equipos y aparatos:

69. Los equipos cuentan con registro de mantenimiento no mayor de un año.  
Si ( ) No ( )
70. Los equipos se encuentran reparados y en buen estado.  
Si ( ) No ( )
71. Los equipos son menores a 20 años de antigüedad.  
Si ( ) No ( )

### Riesgos eléctricos

72. Existe disposición de tomacorrientes con el amperaje adecuado  
Si ( ) No ( )
73. Existe una cantidad de enchufes adecuada por tomacorriente  
Si ( ) No ( )
74. El cableado de artefactos está debidamente aislado.

Si ( ) No ( )

75. Existe seguridad en válvulas de gas  
Si ( ) No ( )
76. Existe seguridad en el depósito del material inflamable
77. Existe adecuada seguridad en las cocinas  
Si ( ) No ( )
78. Existe adecuada seguridad en sala de esterilización  
Si ( ) No ( )

### Protección personal:

79. Se dispone de guantes siempre.  
Si ( ) No ( )
80. Se lleva una sobre-túnica  
Si ( ) No ( )
81. Se emplea tapabocas de forma permanente  
Si ( ) No ( )
82. Se manipulan materiales corto punzantes  
Si ( ) No ( )
83. Ha tenido traumatismos en alguna oportunidad en el trabajo  
Si ( ) No ( )
84. Ha tenido lesiones osteoarticulares en alguna oportunidad en el trabajo  
Si ( ) No ( )

## Anexo 2

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** Condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

**Autor:** Alvarez Gonzales Luzmila Hilda.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MÉTODO
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿En qué medida las condiciones laborales se relacionan con el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de Medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. ¿Cómo es el adecuado registro de los datos Subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería y las condiciones laborales?</p> <p>b. ¿Cómo es el adecuado registro de los datos Objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales?</p> <p>c. ¿Cómo es la valoración realizada por la</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre las condiciones laborales y el cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. Determinar el adecuado registro de los datos Subjetivos respecto a los síntomas que el paciente describe al personal de enfermería y las condiciones laborales</p> <p>b. Determinar el adecuado registro de los datos Objetivos respecto a los signos que el personal de enfermería observa y las condiciones laborales.</p> <p>c. Identificar la valoración realizada por la</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p><b>Hipótesis alterna. (H1)</b></p> <p>A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, de los pacientes del servicio de Medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p><b>Hipótesis nula (Ho):</b></p> <p>A mejores condiciones laborales, menor cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE, de los pacientes del servicio de Medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p><b>Hipótesis Especifico</b></p> <p>a. A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de los datos Subjetivos de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p>	<p><b>VARIABLE CAUSA</b></p> <p>X: Condiciones Laborales</p> <p><b>DIMENSIONES</b></p> <p>X1: Microclima</p> <p>X2: Contaminantes</p> <p>X3: Carga Física</p> <p>X4. Carga Mental</p> <p>X5. Seguridad</p> <p>X6. Protección Personal</p> <p><b>VARIABLE EFECTO</b></p> <p>Y: Cumplimiento del proceso de atención de enfermería SOAPIE</p> <p><b>DIMENSIONES</b></p> <p>Y1: S. Datos subjetivos (síntoma que el paciente describe)</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Prolectivo y Longitudinal Correlacional</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Explicativo.</p> <p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> Retrospectivo</p> <p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población estuvo representada por 26 enfermeras del servicio de medicina en Hospital Nacional Cayetano Heredia</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>La muestra está representada por el total de la población; es decir el 100%.</p>

<p>enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos y las condiciones laborales?</p> <p>d. ¿Cuál es el plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura y las condiciones laborales?</p> <p>e. ¿Cómo es la intervención de la enfermería adaptada para el cliente y las condiciones laborales?</p> <p>f. ¿Cuál es el nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales?</p>	<p>enfermera con respecto a la conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos y las condiciones laborales.</p> <p>d. Identificar el plan de cuidados de enfermería con respecto a la enseñanza de cliente inmediata y futura y las condiciones laborales.</p> <p>e. Determinar la intervención de la enfermería adaptadas para el cliente y las condiciones laborales.</p> <p>f. Determinar el nivel de evaluación del resultado de la asistencia del paciente por parte de la enfermera y las condiciones laborales.</p>	<p>b.A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de los datos Objetivos de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p>c .A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de valoración de los datos subjetivos y objetivos de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional</p> <p>d.A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento del Plan de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p>e.A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de la Intervención de Enfermería adaptadas para el cliente en la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p>f. A mejores condiciones laborales, mayor cumplimiento de la Comprobación de la atención de enfermería SOAPIE de los pacientes del servicio de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p>	<p>Y2: O. Datos objetivos (síntoma que el personal observa)</p> <p>Y3: A. Valoración (Conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos)</p> <p>Aspecto de la valoración: Valoración física del paciente</p> <p>Y4: P. Plan (Enseñanza de cliente inmediata y futura)</p> <p>Y5: I. Intervención de Enfermería adaptadas para el cliente</p> <p>Y6: E. Comprobación (evaluación - Resultado de la asistencia del paciente).</p>	<p><b>TÉCNICA</b> Fichas de recolección de datos Lista de cotejo</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> Encuesta.</p> <p><b>PROCEDIMIENTOS</b> Excel para la conformación de la base de datos (codificación); el Programa SPSS v. 23.</p> <p><b>ANÁLISIS DE DATOS</b> Análisis matemático y correlación estadística respectiva.</p>
---	---	--	--	--

### Anexo 3. Guía de Validez del Experto

**INSTRUCTIVO:** Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias en relación a los ítems propuestos.

Emplee los siguientes criterios:      **A:** De acuerdo      **B:** En desacuerdo

<b>ASPECTOS A CONSIDERARSE</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
1. ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?	X	
2. La pregunta realmente mide la variable	X	
2.1. Variable independiente	X	
2.2. Variable dependiente	X	
3. ¿El instrumento persigue el objetivo general?	X	
4. ¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?	X	
5. ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?	X	
6. ¿Hay claridad en los ítems?	X	
7. ¿Las preguntas despiertan ambigüedad en sus respuestas?	X	
8. ¿Las preguntas responden a un orden lógico?	X	
9. ¿El número de ítem por dimensiones es el adecuado?	X	
10. ¿El número de ítems por indicador es el adecuado?	X	
11. ¿La secuencia planteada es la adecuada?	X	
12. ¿Las preguntas deben ser reformuladas?	X	
13. ¿Deben considerarse otros ítems?	X	

**EXPLIQUE AL FINAL:**

<b>OBSERVACIONES</b>	<b>SUGERENCIAS</b>

-----  
Nombre y firma del Experto

### Anexo 3. Guía de Validez del Experto

**INSTRUCTIVO:** Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias en relación a los ítems propuestos.

Emplee los siguientes criterios: **A:** De acuerdo **B:** En desacuerdo

ASPECTOS A CONSIDERARSE	A	B
1. ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?	X	
2. La pregunta realmente mide la variable	X	
2.1. Variable independiente	X	
2.2. Variable dependiente	X	
3. ¿El instrumento persigue el objetivo general?	X	
4. ¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?	X	
5. ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?	X	
6. ¿Hay claridad en los ítems?	X	
7. ¿Las preguntas despiertan ambigüedad en sus respuestas?	X	
8. ¿Las preguntas responden a un orden lógico?	X	
9. ¿El número de ítem por dimensiones es el adecuado?	X	
10. ¿El número de ítems por indicador es el adecuado?	X	
11. ¿La secuencia planteada es la adecuada?	X	
12. ¿Las preguntas deben ser reformuladas?	X	
13. ¿Deben considerarse otros ítems?	X	

EXPLIQUE AL FINAL:

OBSERVACIONES	SUGERENCIAS

-----

Nombre y firma del Experto