

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POST GRADO



EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS Y DE TODAS LAS ESPECIALIDADES EN QUIROFANO, EN LOS MESES DE JUNIO - AGOSTO DEL HNSEB DE LIMA. 2015.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

MG. BIDELMINA MARUJA QUIÑONES CÓRDOVA

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico al creador de todas las cosas, por darme fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; Para mi DIOS con toda humildad que de mi corazón puede emanar.

A mis padres Susana y Zacarías, por darme la vida, por haberme formado con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles. Que a pesar de haberlos perdido a muy temprana edad, ellos están siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

A mis hijos, por ser en un primer momento mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor. Y luego por brindarme su apoyo incondicional y por seguir compartiendo conmigo buenos y malos momentos.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado apoyándome a que este sueño se haga realidad.

Bidelmina

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por permitirme tener una gran experiencia, a la UNHEVAL por ayudarme a convertirme en un profesional en lo que tanto me apasiona, cada docente que fue parte de este proceso integral de formación y como recuerdo y prueba viviente en la historia; esta tesis, perdurara para el conocimiento y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar.

A mis padres, que aunque hayan pasado muchos años desde que nació; desde ese momento e incluso antes que eso, ya estaban buscando la manera de ofrecerme lo mejor. Han trabajado duro, y sin importarles sus cansancios, siempre tenían una sonrisa que ofrecerme; gracias a ese espíritu emprendedor que supieron imprimir en mí ser, he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio podría parecer tarea titánica e insuperable.

Finalmente a quien lee este apartado y más de mi tesis, por permitir que mis experiencias, investigaciones y conocimiento, ser parte de su repertorio de información mental.

Gracias

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad de la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, en el mejoramiento de la calidad de las anotaciones de enfermería. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo y cuasi experimental con un solo grupo. **Muestra:** Estuvo constituida por 42 anotaciones de enfermería que corresponden a 14 enfermeras que cumplían con los criterios de inclusión **Recolección de datos:** Se utilizó una lista de cotejo que contiene dos dimensiones de estructura (24 ítems) y de contenido (11 ítems) aplicado antes y después de la prueba. **Resultados:** Del total (n= 20), participaron el 70%(14 enfermeras) y de 84 notas de enfermería se evaluaron el 50% (42 anotaciones de enfermería). De las 14 enfermeras 50% están comprendidas entre el 30 a 40 años, 28,57 % tiene de 20 a 30 años y el 21,43% refirió tener más de 40 años, predominio del sexo femenino con un 92,85%, y el 21,43 % ejerce la docencia Universitaria. El estudio de manera global en la post-prueba que 23,8 % se ubican en el nivel regular y 76,2 % en el nivel bueno, habiendo un descenso a nivel malo y regular para incrementarse al nivel bueno. En cuanto a la dimensión estructura se observa en la post prueba un 83,3% en el nivel bueno y 16,7% en el nivel regular es un incremento con respecto a la pre prueba En cuanto a la dimensión contenido se observa en la post prueba un 57,1 % en un nivel bueno, seguido de 35,7 % en el nivel regular y de 7,1% en un nivel malo. Para contrastar las hipótesis se usó estadístico t de Student y como el valor de la t crítica fue mayor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula para dar paso a la hipótesis alterna. **Conclusiones:** Que el registro puesto a prueba es efectivo por tanto se recomienda su uso continuo.

Palabras clave: Enfermería, enfermera, cuidado, calidad, notas de enfermería registros.

SUMMARY

Objective: To determine the effectiveness of a registration application based on the process of nursing care, in improving the quality of nursing records.

Material and Methods: Retrospective and quasi-experimental study with one

group. **Sample:** consisted of 42 nursing records corresponding to 14 nurses

who met the inclusion criteria. **Data collection:** a checklist containing two-

dimensional structure (24 Items) and content (11 items) applied before and after

it was used the test. **Results:** Of the total (n = 20), participated 70% (14 nurses)

and 84 nursing notes were evaluated 50% (42 entries nurses). Of the 14

nurses, 50% are between 30-40 years, 28,57% are between 20-30 years and

21.43% reported is more than 40 years, female predominance with 92.85%, and

21.43%, they exert university teaching. The study globally in the post-test 23,

8% are located in the regular level and 76.2% at the right level, descending to

regulate and bad level to increase the good level. As for the structure

dimension seen in post test 83.3% in the solid level and 16.7% in the regular

level is an increase from the pre-test. As for the size content is observed in the

post test 57.1% on a good level, followed by 35.7% in the regular level and

7.1% on a bad level. To test the statistical hypotheses was used Student t test

as the critical value of t was higher than 0.05 the null hypothesis is rejected to

make way for the alternative hypothesis. **Conclusions:** It tested the registration

is effective for both continuous use is recommended.

Key Words: nursing, nurse, nursing, quality, nursing records notes.

RESUMO

Objetivo: determinar a eficácia de um pedido de registro com base no processo do cuidado de enfermagem, na melhoria da qualidade dos registros de enfermagem. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo e quasi-experimental com um grupo. **Amostra:** consistia de 42 registros de enfermagem correspondentes a 14 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão. **Data Base:** uma lista de verificação que contém a estrutura bidimensional (24 Itens) e conteúdo (11 itens) aplicado antes e depois foi utilizado o teste. **Resultados:** total (n = 20), participou de 70% (14 enfermeiros) e 84 notas de enfermagem foram avaliadas 50% (42 cadastros enfermeiros). 14 enfermeiros, 50% têm entre 30-40 anos, 28,57% têm entre 20-30 anos e 21,43% relataram mais de 40 anos, predominância do sexo feminino, com 92,85%, e 21,43%, exercem a docência universitária. O estudo global no pós-teste 23, 8% estão localizados no nível regular e 76,2% no nível certo, descendo para regular e ruim nível para aumentar a bom nível. Quanto à dimensão estrutura vista em teste post 83,3% no nível de sólidos e 16,7% do nível normal é um aumento do pré-teste. Quanto ao conteúdo de tamanho é observada no teste post 57,1% em um bom nível, seguido de 35,7% no nível normal e 7,1% em um nível bad. Para testar as hipóteses estatísticas foi utilizado o teste t de Student como o valor crítico de t foi superior a 0,05 a hipótese nula é rejeitada para abrir caminho para a hipótese alternativa. Conclusões: É testado o registro é eficaz para ambos é recomendado o uso contínuo.

Palavras-chave: registros de enfermagem, enfermeira, nutrição, qualidade, enfermagem notas.

INTRODUCCION

Históricamente, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. Más aun con la cantidad de los registros que se han ido incrementando con el pasar de los años, lo que no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada; lo que exige la actualización y la utilización de nuevos conocimientos para mejorar la calidad del cuidado.

Los registros del cuidado de enfermería en Quirófano en el periodo transoperatorio permiten contar con evidencia científica escrita de la continuidad del cuidado de enfermería a pacientes con tratamiento quirúrgico; para ello es necesario utilizar las normas, modelos y teorías de enfermería, como el PAE – SOAPIE.

Un registro de enfermería es el testimonio documental sobre la actividad que realiza enfermería al paciente desde su valoración hasta la evaluación de de sus intervenciones, es parte fundamental de la asistencia sanitaria y es parte de la historia clínica del paciente. Hoy, en día los registros son más importantes que nunca, porque implica repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, por lo que es preciso llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos y que sirva de respaldo al trabajo realizado en situaciones médico-legales.

Los registros del profesional de enfermería están respaldados por la ley N° 27669 del trabajo de la enfermera (o)⁽¹⁾. Sobre el cuidado integral a la persona en todas

sus etapas de vida, en los procesos de salud y enfermedad y a través del método científico del Proceso de Atención de Enfermería y se definen como la recopilación de datos del paciente, relacionados con su salud y con su enfermedad, en sus diferentes dimensiones: biológica, socio-cultural, psicológica y espiritual. Contiene observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados y todos los datos que se originan en las acciones que el equipo realiza en los pacientes.

Un buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones, un documento legal que traduce los actos del profesional de enfermería, apoya la investigación. Y permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, analiza la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería (por ejemplo, tiempo que el paciente lleva puesto una sonda Foley)

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. Aunque, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo.

Las anotaciones de enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad que como fuente de

información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento del recurso humano.

La calidad es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes basado en el Proceso de Atención de enfermería.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la efectividad de la aplicación de un Registro basado en el proceso de atención de enfermería, en el mejoramiento de la calidad de las anotaciones en quirófano del Hospital Nacional Sergio E Bernales Lima - 2015. Está estructurada en cinco capítulos: Capítulo I Referido al Problema de la Investigación; Capítulo II Marco Teórico; Capítulo III Marco Metodológico; Capítulo IV Resultados; Capítulo V Discusión de Resultados; continúan las Conclusiones y Sugerencias; finalmente la Bibliografía y Anexos.

La Enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos (registros de enfermería) a través de los cuales las enfermeras(os) en Centro Quirúrgico dejan constancia de todas las actividades que se lleva a cabo durante el proceso de atención al paciente en quirófano.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY.....	VI
RESUMO.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	XI

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema.....	01
1.2. Formulación del problema.....	05
1.2.1 Problema general.....	05
1.2.2 Problemas específicos.....	05
1.3. Objetivos.....	06
1.3.1. Objetivo general.....	06
1.3.2. Objetivos específicos.....	06
1.4. Hipótesis.....	07
1.4.1. Hipótesis general.....	07
1.4.2. Hipótesis específicas.....	07
1.5. Variables.....	08
1.6. Justificación e importancia.....	08
1.7. Viabilidad.....	11
1.8. Limitaciones.....	12

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	13
2.2. Bases teóricas.....	16
2.2.1. Acerca de los cuidados de Enfermería.....	16
2.2.2. Acerca del proceso de atención de enfermería.....	23

2.2.3. Acerca de la historia clínica y n los registros de enfermería.....	44
2.2.4. Acerca de la calidad de las anotaciones de enfermería.....	47
2.3. Fundamentos filosóficos.....	50
2.4. Bases epistémicas.....	51
2.5. Definiciones conceptuales.....	53

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación.....	57
3.2. Diseño y esquema de la investigación.....	57
3.3. Población y muestra.....	58
3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	59
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	60

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	63
-----------------	----

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS.....	70
------------------------------	----

CONCLUSIONES.....	74
--------------------------	-----------

SUGERENCIAS.....	76
-------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE CUADROS**Pág.**

Cuadro N°1	Dispersígrafo de puntuaciones de la variable calidad de las Anotaciones de enfermería	60
Cuadro N° 2	Claves de calificación de la ficha de recojo de información de la variable calidad de las anotaciones de enfermería.	60

ÍNDICE FIGURAS

Pág.

Figura N° 1	Calidad de las anotaciones de Enfermería en quirófano con pre y post prueba según la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) en el hospital nacional Sergio E. Bernales. Julio y Agosto. 2015.....	64
Figura N° 2	Calidad de las anotaciones de Enfermería en quirófano con pre y post prueba en su dimensión estructura según la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) en el hospital nacional Sergio E Bernales. Julio y Agosto. 2015.....	65
Figura N° 3	Calidad de las anotaciones de Enfermería en quirófano con pre y post prueba en su dimensión contenido en el hospital nacional Sergio E Bernales. Julio y Agosto. 2015...	66

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo N° A	Registro de enfermería en la etapa pre inmediata y Tras operatoria	84
Anexo N° B	Protocolo de uso del registro de enfermería en la etapa pre inmediata y tras operatoria.,	87
Anexo N° C	Ficha de recolección de datos	102
Anexo N° D	Escala de calificación de expertos para validar la ficha de recojo de información (notas de enfermería) del la historia clínica de pacientes atendidos en quirófano en el hospital nacional Sergio E. Bernales. Meses Marzo y Abril.	104
Anexo N° E	Prueba Binomial para validar el instrumento.	105
Anexo N° F	Prueba Crombach para la confiabilidad del instrumento	106
Anexo N° G	Matriz de consistencia de la investigación	107
Anexo N° H	Relación de Diagnósticos de Enfermería, NOC y NIC más usados en la etapa pre inmediata y tras operatoria	110

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En todo el mundo y en diversas instituciones de salud, las personas con problemas de salud son atendidas por un equipo de personas. Este equipo de salud está conformado por profesionales de la salud, incluido el profesional de enfermería; los mismos, se comunican a través de los registros que conforman la historia clínica; que además de servir como medio de comunicación entre los profesionales comprometidos con la atención del paciente, es un documento médico legal, y muy utilizado en las auditorías médicas y de enfermería.

La enfermera en el ejercicio de su profesión realiza funciones en las áreas: asistencial, gestión, docencia e investigación; áreas cada vez más amplias y complejas, determinadas por los constantes avances científicos y tecnológicos de la época, lo que obliga al personal profesional, a una constante actualización, para tener una base científica mucho más sólida capaz de evidenciarse en el cuidado con calidad. Como parte de la función gestora, la enfermera realiza a diario y a todos los pacientes los registros que nos permite conocer el estado de salud del paciente; en ello se plasma los cuidados al paciente en el transcurso

del día, cubriendo todas las necesidades que presenta en el contexto de salud-enfermedad, enfatizando no solo el aspecto biológico, sino también el psicológico, social y espiritual.

Sobre los registros de enfermería, en el Código de Ética y Deontología señala *que* “La enfermera(o) debe asegurar y garantizar la continuidad del cuidado de Enfermería” que “La enfermera debe de ser objetiva y veraz en su informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional” y que “Los registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad”⁽²⁾.

El registro constituye un medio de comunicación fundamental, forma parte esencial de las diversas fases del proceso de atención de enfermería que conlleva a la administración eficiente del cuidado del paciente. Y puntualiza lo siguiente: “El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad”⁽³⁾.

La ley de la enfermera (o) peruana, señala que, “El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud-enfermedad, implementando

el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional ⁽¹⁾.

El proceso de Enfermería es un método científico por el cual se aplica la base teórica al ejercicio de la enfermería. Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es satisfacer las necesidades del paciente a partir de la valoración del estado del paciente, el establecimiento del diagnóstico(s) enfermero(s), la planificación de los cuidados, su ejecución y evaluación ⁽⁴⁾.

El proceso de atención de enfermería como metodología de solución de problemas reales o potenciales y como método de prevención de enfermedades es aplicado en el ámbito hospitalario, familiar y comunitario. En el ámbito hospitalario es aplicado de acuerdo al trabajo especializado o no del profesional de enfermería. En centro quirúrgico el trabajo de enfermería requiere de especialización. Además, es menester decir que en la última década el trabajo de enfermería en centro quirúrgico se ha ido incrementando en el número de procedimientos y en la complejidad de la misma; así tenemos los resultados del estudio mundial realizado por EE.UU, los procedimientos en el año 2004 oscilo entre 187 a 281 millones de casos. En los hospitales españoles durante el 2005 se realizaron 4 221 922 actos quirúrgicos, de ellos el 85,9% (3 626 644) fueron programados. El 51,8% (2 187 756 intervenciones) de las intervenciones quirúrgicas se

realizaron con hospitalización y determinaron el 40,32% del total de los ingresos hospitalarios ⁽⁵⁾.

En el Hospital Sergio e Bernales las intervenciones quirúrgicas se han ido incrementando de 7,582 (2006) a 9, 117 (2013); haciéndose más notoria la escases de enfermeras para asumir la función de instrumentistas I y II; pero no solo se ha incrementado el número de procedimientos sino la complejidad de estas; por el uso de nueva tecnología y técnicas como las artroscopias, las intervenciones a rayos laser, etc. Que requieren de mayor tiempo y especificidad del trabajo de la enfermera; siendo el tiempo una limitante y buscando dar solución a la problemática de registro de enfermería, especialmente las notas de enfermería no responden al modelo SOAPIE; sino al modelo tradicional (narrativo), de notas que no reflejan el quehacer enfermero por ser incompletas por ejemplo “paciente tolera acto operatorio pasa a URPA”, y en algunos casos no guardan relación con el estado de salud del paciente.

Con el propósito de dar solución a la problemática presentada líneas arriba, en el presente estudio se propone un registro en donde se plasme el cuidado que brinda la enfermera circulante durante la etapa perioperatoria que consta desde la recepción del paciente en la antesala de quirófano hasta su traslado a la unidad de recuperación postanestésica posterior a la cirugía realizada. Registro de una hoja a doble cara, sistematizado según el proceso de atención de enfermería (PAE), metodología reconocida por organismos nacionales (MINSA, CEP) e internacionales (OMS, OPS); que contiene todas las pautas del PAE con

los datos que corresponden a la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación frente al cuidado del paciente.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la efectividad de la aplicación de un registro de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería, en el mejoramiento de la calidad de las anotaciones de enfermería en quirófano a pacientes adultos de todas las especialidades, durante los meses de junio- agosto en el Hospital Nacional Sergio E Bernales? Lima. 2015?

1.2.2. Problemas específicos

1.2.2.1. ¿Cuál es el nivel de la estructura de las anotaciones de enfermería en quirófano antes de aplicar el registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a adultos, durante el mes de junio en el mes junio en el Hospital Nacional Sergio E, Bernales? Lima. 2015?

1.2.2.2. ¿Cuál es el nivel del contenido de las anotaciones de enfermería en quirófano antes de aplicar el registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos, durante el mes de junio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales? Lima 2015?

1.2.2.3. ¿Cuál es el nivel de la estructura después de la aplicación del registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes

adultos, durante el mes de agosto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales? Lima 2015? .

1.2.2.4. ¿Cuál es el nivel del Contenido después de la aplicación del registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos, durante el mes de agosto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales? Lima 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, en el mejoramiento de la calidad de las anotaciones en quirófano a paciente adulto de todas las especialidades, durante los meses de junio a agosto en el Hospital Nacional Sergio E Bernales. Lima. 2015?

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1. Identificar el nivel de la estructura de las anotaciones de enfermería en quirófano antes de aplicar el registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos, durante el mes de junio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima 2015?.

1.3.2.2. Identificar el nivel del contenido de las anotaciones de enfermería en quirófano antes de aplicar el registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos, durante el mes de junio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima 2015?

1.3.2.3. Identificar el nivel de la estructura después de la aplicación del registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos, durante el mes de agosto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima 2015?

1.3.2.4. Identificar el nivel del Contenido después de la aplicación del registro basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos, durante el mes de agosto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima 2015?

1.4 SISTEMA DE HIPOTESIS

1.4.1. Hipótesis general

H₁: Con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras mejorarán la calidad de las anotaciones de enfermería en quirófano a pacientes adultos en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

H₀: Con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras no mejorarán la calidad de las anotaciones de enfermería en quirófano a pacientes adultos en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

1.4.2 Hipótesis específicas:

H₁: Con la aplicación del registro se mejorara la calidad en cuanto a estructura de las anotaciones de enfermería a del paciente adulto en quirófano, en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

H₀: Con la aplicación del registro no se mejorará la calidad en cuanto a estructura de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

H₁: Con la aplicación del registro se mejorará la calidad del contenido de las notas de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Sergio E. Bernales. Lima 2015.

H₀: Con la aplicación del registro no se mejorará la calidad del contenido de las notas de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

1.5 VARIABES

1.5.1 Variable independiente

Aplicación del registro de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

1.5.2 Variable dependiente:

Calidad de las anotaciones de enfermería

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Registrar las acciones de enfermería es una tarea esencial de la enfermera (o); acciones que se comunican en forma oral como por escrito, de manera veraz, clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada. La comunicación escrita queda consignada y forma parte de la historia clínica en formatos establecidos por la institución de Salud. Uno de registros son las anotaciones de enfermería

de forma narrativas con esquema de SOAPIE, que viene a ser un Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Aunque este registro es resumido se invierte tiempo; tiempo que en el área de quirófano que por su naturaleza de altamente especializado se requiere de un mayor control del tiempo.

IBARRA, (2007), menciona que la eliminación de notas narrativas de enfermería puede reducir el tiempo invertido en registrar. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, da a la enfermera (o) una optima defensa en caso de pleitos y retos legales ⁽⁶⁾; así mismo IBAMEUE, (2007) indica que es indiscutible la necesidad de que el enfermero registre su proceder, puesto que: legalmente está obligado a ello. Es ineludible que se realice y que deje constancia por escrito del proceso enfermero efectuado, como garantía de cuidados de calidad; siendo los pacientes que se benefician de ello, favorece la continuidad de los cuidados enfermeros, aumenta la seguridad clínica, al evitar errores o malas interpretaciones en la transferencia oral, supone una herramienta para la investigación, pone de manifiesto la labor y la carga de trabajo en relación a cada tipo de asistencia del enfermero, sirviendo como elemento de justificación⁽⁷⁾.

De igual forma BENAVENT,(2004) dice que la enfermería como disciplina profesional se desarrollará en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas sus actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidar, si las enfermeras no registran sus actuaciones, es imposible constatar que aportan a la atención de la salud de los pacientes, imposibilitando el

desarrollo de la disciplina y por tanto incumplimiento de un principio ético profesional, es imposible alcanzar el nivel de profesionalización de una actividad si ésta no queda recogida en documentos que posteriormente puedan ser sometidos a análisis y contrastación. El registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia de enfermería de la del resto del equipo de salud. Los registros, son pues, la base del desarrollo profesional y existe, para la enfermera, la obligación de llevarlos a cabo por cuanto que se tiene la obligación de contribuir al desarrollo disciplinar. Además, los registros, son una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud ⁽⁸⁾; así sí mismo POTTER, (2002), señala que desde este principio moral profesional la ausencia de registros puede entenderse si asume o no la responsabilidad de su actuación, por tanto deben quedar registradas las decisiones y consecuencias que deriven de ellas. El registro puede dar cobertura legal a las actuaciones profesionales pero además nos permite mostrar al resto del equipo y a la sociedad en general que la acción cuidadora se desarrolle a través de la autonomía profesional ⁽⁹⁾.

La elaboración y uso de registros de enfermería actualizados son de suma importancia porque permiten garantizar la continuidad y calidad del cuidado, sin embargo en la realidad se observa que las notas de enfermería no son realizadas de manera correcta ya sea por la falta de tiempo, demanda de pacientes o desconocimiento en el tema por parte del enfermero.

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente estudio, cuyo objetivo ver la efectividad de un registro de enfermería basado en el PAE y SOAPIE, en el mejoramiento de la calidad de notas de enfermería en quirófano. El SOAPIE viene hacer un proceso metodológico resumido del PAE y que el MINSA reconoce como método que las enfermeras (os) deben de usar al hacer sus anotaciones, por tal motivo las enfermeras deben de conocerlo, practicarlo e implementar formatos en los servicios de mayor complejidad como el de sala de operaciones. Se espera, posterior a la ejecución, el mejoramiento de las anotaciones y que luego se considere su uso en la práctica diaria.

De esta manera, se busca poner en práctica las normas establecidas por el MINSA (Registro-SOAPIE) según la Norma Técnica N°022 y de dar cumplimiento a la Ley del enfermero (Metodología- PAE) ⁽¹⁰⁾.

Finalmente con este estudio se pretende mejorar la calidad de las notas de enfermería y con ello la calidad del cuidado, asegurar la continuidad del cuidado; a fin de lograr usar de forma adecuada los registros de enfermería tipo SOAPIE y obtener de esta manera un efecto multiplicador para una mayor integración que permita garantizar un sistema de registro coordinado entre los profesionales de Enfermería que laboran en este servicio.

1.7 VIABILIDAD

- ✓ Considero que el logro de la implementación de un registro de enfermería en quirófano es de beneficio para la profesión, para la enfermera (o) y para la institución.

- ✓ El profesional de enfermería deberá colaborar desinteresadamente e incondicionalmente, por cuanto los resultados de la investigación también son de su interés.
- ✓ Se cuenta con recursos económicos y de tiempo para desarrollar el estudio.
- ✓ La investigadora esta premunida de los conocimientos para materializar el presente proyecto, gracias a la información y a los medios de obtención de los mismos.

1.8 LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio pueden estar dadas por:

- ✓ Las instituciones de salud brindan escasas facilidades al desarrollo de la investigación.
- ✓ Poca disposición de las enfermeras a participar en estudios de investigación.
- ✓ Restricciones al acceso de las fuentes primaria para el marco teórico.
- ✓ Las conclusiones del estudio no podrán ser generalizadas a todos los servicios del Hospital, solo pueden ser validas para el servicio Sala de operaciones del Hospital origen de la investigación; ser un servicio especializado y tratarse de una muestra poco representativa.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Un registro diseñado con el método del proceso de atención de enfermería, en la que se registran: los controles vitales, el control de del medicamento, el balance hídrico y las notas de enfermería, se considera un instrumento que refleja las acciones de enfermería, refleja la continuidad de los cuidados, reúne datos validos para estudios, se pueden usar en auditorias. Además, el trabajo del enfermero (a) requiere de formatos que posibiliten evaluar de manera sistemática los niveles de calidad de los cuidados prestados.

SERVIN, E y Otros (2012) ⁽¹¹⁾ en México. “Formato de registros clínicos de enfermería quirúrgica” tuvo como objetivo analizar las necesidades de los profesionales de enfermería para realizar el diseño de un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica. Conclusiones: El instrumento de registro clínico quirúrgico cumple con los criterios de seguridad para el paciente a través de las metas internacionales y cumple con la NOM- 168-SSA-1998 del expediente clínico, permite registrar todos los cuidados que se brindan durante el transcurso de la cirugía.”

MORALES, SC (2011) ⁽¹²⁾ "Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional de Moquegua. El objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería. La investigadora llegó a las siguientes conclusiones: Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).

MANCO (2010) ⁽¹³⁾ realizó una investigación sobre las características de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete, busco determinar las Características de las Anotaciones de Enfermería. Las conclusiones a la que arribó fueron: La notas de enfermería en un porcentaje considerable son completas porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. En cuanto a su dimensión contenido es completa, los aspectos relacionados están dados por que registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al tratamiento administrado, señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización. Lo relacionado a su dimensión estructura son completas porque registra de numero de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. Pero existe un porcentaje significativo donde podemos evidenciar datos importantes que no deben faltar dentro de las anotaciones de enfermería.

RUDA, N (2007) ⁽¹⁴⁾. "Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería en Sala de operaciones del Hospital Alberto

Sabogal Sologuren” El objetivo fue, determinar el nivel de conocimiento y aplicación de las notas de enfermería. Las conclusiones fueron: De una población de 60 se encontró el 57% de los registros evidencian una aplicación inadecuada y un 43% aplicación adecuada. En la dimensión de estructura el 63% de los registros tienen una aplicación inadecuada y 37 % adecuada. En la dimensión contenido el 68%son adecuados y 32% de los registros de aplicación inadecuada.

ASTITAS y Colab (2001) ⁽¹⁵⁾. “Factores Profesionales y Laborales que influyen en la ejecución de las Anotaciones de Enfermería en el Centro Médico Naval Bellavista”. Con los objetivos de: establecer el grado de aproximación de las anotaciones de enfermería al sistema relacionado SOAPIE, establecer si existe relación entre los factores profesionales de la enfermera y la ejecución de las anotaciones de enfermería según criterios de forma y contenido, y establecer las características personales de la enfermera asistencial en la ejecución de las anotaciones de enfermería. Las conclusiones a la que arribaron los investigadores fueron: “Las anotaciones de enfermería obtuvieron un 53.3% de ejecución regular y el 16.3% tuvo una buena ejecución. Los factores profesionales y laborales que influyen significativamente en la ejecución de adecuadas anotaciones de enfermería según los criterios de forma y contenido son los conocimientos adquiridos en la entidad formadora, importancia que le conceden a las anotaciones , tipo de registro que conoce, tiempo de ejerció profesional, tiempo de labor en el CEMENA, condición laboral, existencia de formato estándares para anotaciones, servicio en que labora, N° de pacientes por servicio,

momento en que realizan las anotaciones, N° de enfermeras por Servicio”

BETANCOURR y Colb (1999) ⁽¹⁶⁾. Realizaron la investigación titulada “Calidad de las anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina A-4 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”; cuyos objetivos fueron: Identificar los criterios de forma y contenido considerados en la elaboración de las anotaciones de enfermería e identificar los tipos más usados en la elaboración de las anotaciones de enfermería. El estudio arribo a las siguientes conclusiones: “ En lo que se refiere a los criterios de forma las anotaciones de Enfermería obtienen regular calidad en un 37.3% en el turno diurno y el 40.9% en el turno nocturno. Por lado en el criterio de contenido se obtuvo buena calidad en el turno diurno con un 38,3 % en tanto que el turno nocturno se obtuvo regular calidad en un 35.6%.

2.2. BASES TEÓRICA

2.2.1. ACERCA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Marco Histórico

En los siglos antepasados los cuidados de enfermería eran dados por voluntarios con poca formación, por lo general, mujeres de órdenes religiosas y por varones de órdenes militares. En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los

cuidados médicos de la época. La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, con el primer programa oficial de formación para las enfermeras en el año 1836 en, Alemania, a cargo de Theodor Fliedner, esta escuela es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica **Florence Nightingale**. Siendo ella una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, y puede llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes ^(6,17).

Marco Teórico

La enfermería como arte del cuidado es tan antigua como humanidad, se inicio cuando se responsabilizaba a la madre el cuidado de los hijos, luego a la mujer con más años en la sanación con hierbas, adquirió cierto poder en las comunidades. Poder que durante la edad media fue aniquilado por grupos de poder de órdenes religiosas y con ello los cuidados pasó a manos de mujeres laicas, de varones de órdenes religiosas masculinas y de mujeres reclutas y entrenadas por médicos y dependientes del quehacer médico. Solo que a mediados del siglo XIX enfermería como profesión se inicia con Florence Nightingale, con un modelo teórico de tendencia naturalista, que el cuidado de la salud y la

recuperación de la misma se conseguían modificando su entorno y como fundadora de la escuela de enfermería en Londres, gracias a sus diversos conocimientos que ella poseía ⁽¹⁸⁾, logrando las enfermeras lograron modificar su competencia y desempeño. A partir de la segunda mitad del siglo XX, la práctica del cuidado comenzó a encontrar justificación teórica y con la apropiación de la teoría se ha permitido a las enfermeras perfeccionar sus prácticas cotidianas mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; pero muy especialmente del objeto de estudio de su ciencia particular: el cuidado de las personas, familia y comunidad; Sólo la teoría, añadida a la práctica, ha podido fundamentar las acciones de enfermería, servirles de guía, no sólo para la práctica misma, sino también para la educación y la investigación ⁽¹⁹⁾

Las teorías que fundamentan el actuar enfermero en quirófano en donde convergen pacientes con necesidades quirúrgicas; la atención que se brinda es especializada y con alta tecnología; a veces esta última se encuentra en estrecha relación con la deshumanización del cuidado. Por ello, es importante que el enfermero (a) del quirófano deba desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total e integral del paciente, reconociendo en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social, emocional y espiritual. En una intervención quirúrgica la atención humanizada comienza mucho antes y termina mucho después del acto quirúrgico en sí,

es esencial la individualización del cuidado, aliviar la ansiedad, el temor del paciente, transmitirle la información necesaria que facilite su enfrentamiento a la intervención con mayor seguridad.

La teoría que enlaza los propósitos del estudio es la de Watson (Cuidado humanizado), Peplau (relaciones interpersonales) y la de Betty Neuman. Watson sostiene que las necesidades cada vez más complejas del sistema de atención sanitaria y del paciente exigen que la enfermera posea formación amplia y liberal. La base de su teoría son los diez factores del cuidado:

Formulación de una sistema humano-altruista, es decir, la satisfacción que se siente al prestar ayuda y como la ampliación del sentido de uno mismo.

Inculcación de fe-esperanza, este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes.

Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás, las enfermeras (os), al reconocer sus sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, es crucial para el éxito del cuidado transpersonal, una relación de confianza promueve y acepta la expresión de los sentimientos positivos y negativos e implica empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, la enfermera tiene que estar preparada para escuchar los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

Uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones, es decir, el proceso de enfermería es semejante al de investigación en el sentido de que es sistemático y organizado.

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonales, este factor es un concepto importante para la enfermería en la medida en que aparte de las nociones tradicionales de asistencia para la curación, permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar.

Provisión de un entorno de apoyo, protección y/o Corrección en el plano, físico, social, cultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y en la enfermedad de los individuos.

Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, Es saber reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de la misma y del paciente, Los pacientes deben de satisfacer las necesidades de orden inferiores antes de satisfacer las de orden superior. La alimentación, eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferiores. Mientras que la realización de la

persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior ⁽²⁰⁾.

Peplau define la enfermería como una relación humana entre una persona que requiere un servicio de salud y un profesional con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. En el desarrollo de esta relación ambos crecen alrededor de la situación que la generó. Este crecimiento se traduce en terapéutica para el paciente y en realización para el profesional. En tal sentido, el proceso de los cuidados de enfermería procede de una relación centrada en el intercambio de fuentes diversas y complementarias y se traduce en cuidados a los enfermos y no a las enfermedades ⁽²¹⁾.

El modelo de Betty Neuman organizado alrededor de la reducción de la tensión que considera al objetivo de la enfermera de ayudar a los individuos, las familias y los grupos a lograr y mantener un nivel máximo de bienestar total mediante intervenciones determinadas, con un marco práctico de Modelo de sistemas de práctica de enfermería que tienen como objetivo la disminución del estrés ⁽²²⁾.

Marco Legal

Ley del trabajo de la enfermera(o) como profesional de la Ciencia de la Salud le reconoce como áreas de su competencia y responsabilidad, la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud, su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática

sanitaria del hombre, la familia y la sociedad, así como en el desarrollo socio-económico del país. Asignándolas funciones, siendo una de ellas el de “Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)” que incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente y/o en la ficha familiar ⁽²³⁾.

Marco de responsabilidad moral del cuidado

Independientemente del tipo de estructura del servicio de salud de que se trate, el personal de enfermería tiene deberes, derechos y responsabilidades en los cuidados del paciente. Florencia Nightingale en sus escritos se refiere a la responsabilidad de la enfermera sobre el estado de la habitación del enfermo, la necesidad del cuidado para evitar accidentes de los pacientes.

Actualmente la labor de la enfermera es de velar porque las acciones sanitarias respeten la integridad física y moral del paciente, así como proponer su corrección cuando se estime pertinente es una condición indiscutible de la responsabilidad moral del cuidado. La enfermera profesional no puede actuar, en el proceso de cuidar, desde puntos de vista dogmáticos respecto a la manera de entender la vida y la muerte, tampoco las prioridades que cada ser humano establece en su vida, ni la manera con que cada persona vive su espiritualidad ⁽²⁴⁾.

2.2.2. Acerca del proceso de atención de enfermería

Definiciones

El proceso enfermero, es un "método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas de responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud". Es decir, se trata de un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona necesitada de cuidados de salud los reciba ⁽⁴⁾.

Según Alfaro, el PAE es útil en la práctica profesional porque promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene un enfoque humanista y aumenta la satisfacción a los profesionales de enfermería. Estas bondades redundan en beneficios para las instituciones en la medida en que se reducen la incidencia de reingresos hospitalarios y los costos; además, se mejoran los procesos de registro y documentación; a su vez, para los pacientes, las prerrogativas están determinadas por la agilidad en el diagnóstico de problemas de salud reales y potenciales, el diseño y ejecución de planes de cuidados eficaces y eficientes, la adaptación de las intervenciones a cada individuo y la participación de los pacientes y sus familias⁽⁴⁾.

También, el proceso de atención de enfermería "Es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermera de mantener el bienestar del paciente a un nivel

óptimo, si ese estado se altera, proveer entonces todos los cuidados necesarios para restablecer su bienestar”

Fases del Proceso de Atención de Enfermería

Fase de valoración

En la fase de valoración se realiza la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase se identifica factores y situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales, en la persona, familias o comunidad. En la obtención de información se deberá considerar lo siguiente;

- 1) Las fuentes de información y los métodos de obtención de datos; las fuentes de información son variadas (paciente, familia, personal de salud, registros clínicos, examen de laboratorio y otras pruebas diagnósticas), y los métodos seguros de recojo de información son la entrevista, la observación y el examen físico. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado ⁽²⁵⁾.
- 2) Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
- 3) Analizar los datos obtenidos. ¿Que tipos de datos se obtienen?
 - ✓ Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe.(sentimientos)

- ✓ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento, (cifras de la tensión arterial).
- ✓ Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden
- ✓ Hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ✓ Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.
- ✓ Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ✓ Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud” “respuestas humanas” o “dominios” : la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el

funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud ⁽²⁶⁾.

Fase de diagnóstico

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de individuos, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería ⁽²⁷⁾. Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Según NANDA 2012-2014 un diagnóstico puede ser: real, de alto riesgo, de promoción. El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.

El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar. El de promoción de la salud es un " juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia, grupo o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición a mejorar conductas de salud específicas" ⁽²⁸⁾.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, dependiendo del tipo de diagnóstico: el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas); los de alto riesgo

constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo y los de promoción se escriben como enunciados de una sola parte; Los siguientes ejemplos tomados de la NANDA, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

1. Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto relacionado con la anorexia, náuseas y vómitos persistentes. Manifestado por fatiga y desequilibrio.
2. Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.
3. Diagnóstico de promoción: disposición para mejorar la nutrición ⁽²⁸⁾.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase "relacionado con".

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA; al emitir un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento ⁽²⁹⁾.

Además, los diagnósticos de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en: 1) independientes son las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global del paciente; 2) dependientes son aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas y 3) interdependientes, son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud ⁽³⁰⁾.

Finalmente priorizar los diagnósticos con adecuados resultados esperados y planes de intervenciones indica que se está empleando el pensamiento crítico/ razonamiento clínico y con ello se está demostrando el proceso enfermero en aras de mejorar la calidad de atención al paciente y de satisfacer las necesidades no satisfechas.

Fase de Planificación

En la fase de planificación contempla el desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico. Los cuidados se planean de la siguiente manera:

- ✓ Se establece prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas.
- ✓ Se determinan objetivos o resultados esperados con el sujeto de atención.

✓ Se planean intervenciones de enfermería específicas para ayudarle a lograr los objetivos. Estos planes van a resolver la etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería ⁽²⁵⁾. Su realización implica considerar lo siguiente:

- Diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.
- Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y medible, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigida a maximizar la autonomía del paciente.
- Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
- Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.

- Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
- Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
- Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales ⁽²⁴⁾

Fase de ejecución

Es la ejecución de las intervenciones planeadas en la fase anterior.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos.
- 2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
- 3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución, la enfermera continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.⁵

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

- a) Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.
- b) Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.
- c) Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica ⁽²⁶⁾.

Fase de evaluación

Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

Esta fase consta de 2 partes:

1) Evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención, para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo o resultado esperado en el plan de cuidados. Su propósito es decidir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de 3 formas:

- a) Logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo.
- b) Logro parcial, ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de alcanzar el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, aunque no tan bien como fue especificado en el enunciado.

- c) Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado, se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia clínica mediante el método de registro. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se alcanza, se inicia la segunda parte de la evaluación.

2) Revaloración del plan de atención. La evaluación del plan de cuidados (retroalimentación) es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones sobre la base de los datos que proporciona el sujeto de atención. Al realizar la retroalimentación del plan de cuidados, se pueden presentar las situaciones siguientes:

- ✓ Que las prioridades hayan cambiado su orden.
- ✓ Que haya surgido un nuevo diagnóstico.
- ✓ Que el diagnóstico haya sido resuelto.
- ✓ Que a pesar de haber logrado el objetivo, el diagnóstico exista.
- ✓ Que el objetivo no se logró o solo en forma parcial ⁽²⁸⁾.

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en quirófano (PAE)

La aplicación del PAE en sus cinco fases en quirófano permite mayor profundidad y análisis de la afección del paciente y de sus posibles riesgos.

Valoración

El profesional de enfermería que brinda atención especializada en quirófano emprenderá la fase de valoración del paciente en 2 niveles: primaria y secundaria.

Valoración primaria. Es la valoración inicial que se le realiza a la persona, para tratar los problemas que son vitales. En ella se identifican las situaciones que supongan una amenaza inmediata para la vida del paciente. Debe consistir en un rápido reconocimiento de las constantes vitales; así como la restauración de las funciones vitales en caso necesario. El plan de prioridades que el personal de enfermería debe retomar incluye:

Valoración de la permeabilidad de la vía aérea. La obstrucción de las vías por la caída de la lengua, es la causa más frecuente de muerte entre quienes sufren una pérdida de la conciencia. Un paciente alerta, que habla o llora, tiene las vías aéreas abiertas por lo que resulta permisible evaluar su respiración, si no contesta, se procede a abrirlas, examinarlas y limpiar la boca de cuerpos extraños si se requiere (retirar dientes rotos y prótesis dental). Si se trata de un paciente sin lesión cerebral se emplea la maniobra frente-mentón. Si es un paciente traumatizado, se utiliza la tracción mandibular. En espera de confirmación se asume de

manera preventiva que todo paciente con lesiones por encima de la clavícula tiene una lesión de columna cervical.

Valoración del nivel de conciencia. Comprende el grado de vigilia y orientación. Vigilia: indica lo despierto que se encuentra el paciente. Orientación: indica el grado de interpretación de estímulos sensoriales y nivel de respuesta adecuada. La escala de Glasgow se aplica para determinar rápidamente el nivel de conciencia. Se basa en: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora. Niveles de conciencia Niveles de conciencia anormales: Confusión: Respuesta inadecuada a preguntas, disminución de la atención y memoria. Letargo: somnoliento, se queda dormido con rapidez. Delirio: Confusión con trastornos de percepción y disminución de la atención, ansiedad marcada con excitación sicomotriz, reacción inadecuada frente a estímulos. Estupor: Despierta durante periodos breves con estímulos visuales, verbales o dolorosos. Respuestas motoras o de queja simples frente a estímulos. Coma: Ni despierto ni orientado, postura de descerebración ante estímulos dolorosos.

Valoración de la circulación y control de hemorragias severas. Tras la evaluación del nivel de conciencia, es preciso comprobar y valorar el pulso carotideo con el objetivo de verificar el transporte de oxígeno hasta los tejidos. Si no hay pulso se inician las maniobras de RCP. La hemorragia aguda debe detenerse rápidamente con la compresión directa sobre la herida.

Valoración de la respiración. Tras la valoración del pulso y su existencia se pasa a comprobar la respiración se coloca el oído entre la boca y la nariz del reanimado, para observar su tórax y abdomen. De esta forma se observa, escucha y siente la respiración. Se esperan al menos 10 seg y si existe la menor duda sobre su existencia, se debe comenzar la respiración artificial. Es necesario recordar que cualquier maniobra terapéutica se debe realizar en el momento en que se identifica el problema y no al final de la valoración inicial ⁽³¹⁾.

Valoración secundaria. Una vez estén aseguradas las funciones vitales (valoración primaria) se pasa a una valoración detallada del paciente, en la que se descubren problemas que, aunque no supongan una amenaza inmediata para la vida del paciente, sí pueden llegar a serlo si no se atienden de forma oportuna y con el propósito de encontrar problemas que alteren las condiciones de seguridad durante la intervención. La valoración secundaria se basa en una entrevista con el paciente y un examen céfalo-caudal.

Entrevista

Durante la entrevista deben eliminarse frases sin sentido como ¿todo está bien?, ¿usted está muy bien? o ¿no se preocupe?; para una persona enferma o lesionada, son frases carentes de significado, trate de inspirar confianza en el paciente con una conversación oportuna y adecuada. Debe ser una entrevista donde puedan recogerse datos oportunos en la evolución futura

del paciente y que ayuden en la identificación de las causas posibles que provocaron la emergencia médica:

- ✓ Preguntar el nombre de la persona después de saludarla e identificarse. Este dato es necesario, pues ayuda a evaluar el estado neurológico del paciente; además el conocerlo permite que se le llame por su nombre; lo que constituye un acercamiento personal que inspira confianza y mejora la relación terapéutica.
- ✓ Averiguar porque la van operar, si conoce la tipo de intervención que la van intervenir; además molestias presenta en el momento.
- ✓ Intentar conocer los datos de su enfermedad Y/o accidente que es la causa de la necesidad de su intervención.
- ✓ Preguntar acerca de los antecedentes personales del paciente. Tanto los accidentes como las enfermedades.
- ✓ Determinación del estado de salud previo. Preguntar al paciente si recibe algún tratamiento médico. Si la respuesta es afirmativa, conocer la causa.
- ✓ Indagar sobre la última comida ingerida y el efecto de la limpieza intestinal si la hubo.
- ✓ Determinar cualquier tipo de alergia que sufra el paciente. Es importante para la administración de anestésicos y analgésicos durante el acto operatorio y posterior a este

Examen físico

El examen físico debe de ser exhaustivo y completo, basado en la inspección, palpación y auscultación. De ser posible retirar toda la ropa al paciente para una mejor exploración física, mantener en todo momento su privacidad. El objetivo de la exploración es detectar lesiones o efectos de una enfermedad. Esta parte de la valoración secundaria comienza con la determinación de los signos vitales del paciente y continúa con el examen completo de la cabeza a los pies. Se observan si existen heridas, objetos penetrantes, quemaduras, laceraciones e inflamaciones. Ante un paciente con dolor, se indaga acerca de sus características o enfermedad; desde cuando conoce el problema; qué lo provoca o agrava, intensidad, irradiación, tiempo de evolución, entre otros.

En el examen neurológico básico se explora:

Nivel de conciencia:

- ✓ Si está alerta.
- ✓ Si responde a estímulos verbales.
- ✓ Si responde a estímulos dolorosos.
- ✓ Si no responde.

Pupilas:

- ✓ Tamaño (miosis, midriasis)
- ✓ Reactividad (reactivas, arreactivas).
- ✓ Simetría (isocoria, anisocoria)

Sensibilidad y motilidad de los miembros superiores e inferiores.

Valoración de la respiración. Determinar la frecuencia y características de la respiración, debe interpretarse la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.

Valoración del pulso. Las características del pulso de una persona aportan datos valiosos; por ejemplo, los de la actividad de bombeo que desarrolla el corazón. Se determina la presencia, ritmo, fuerza y llenado capilar.

Temperatura corporal. El balance que existe entre el calor producido por el cuerpo y el calor que se pierde, no constituye en realidad un signo vital, sin embargo puede ser un indicador de temperaturas internas anormales, ya sean altas o bajas.

Reconocimiento de la cabeza a los pies. Se emplean los sentidos en la inspección y palpación de las distintas partes corporales a evaluar.

En la cabeza se exploran: Signos de fracturas de cráneo, hemorragias por los oídos, hemorragia o salida de líquido acuoso por la nariz, hematomas alrededor de los ojos, heridas en el cuero cabelludo y cara, lesiones oculares, fractura nasal y luxación maxilar y contusiones.

La exploración de la cabeza del paciente se realiza con extrema precaución, el moverlo solo lo necesario, pues de haber una lesión espinal que podría agravarse. La pérdida de líquido cefalorraquídeo constituye un indicio importante de que ha habido una fractura craneal y que debajo de la fractura se ha producido una lesión cerebral.

En el cuello se exploran: puntos sensibles o alguna deformidad. Un punto sensible equivale a una respuesta de dolor a la presión suave que se ejerza con los dedos. Si se encuentran puntos sensibles o una deformidad en la columna cervical, se recomienda, suspender el reconocimiento e inmovilizar temporalmente la cabeza del paciente. La sensibilidad extrema al dolor y las deformaciones indican la posibilidad de que la columna cerebral se encuentre afectada. La inmovilización disminuye la probabilidad de que la cabeza se mueva de forma peligrosa mientras se continúa con la exploración. Sin embargo, solo el estudio radiográfico permite descartar una lesión de la columna vertebral.

En el tórax se examina y observan: objetos alojados o alguna herida, la posibilidad de presentar fractura torácica y la expansión torácica. La parte posterior se examina mediante la presión suave sobre los costados de la caja torácica. Antes de hacerlo, se advierte al paciente de la intención y de que quizás le cause algún dolor momentáneo; si en efecto, la presión provoca dolor, se indica que hay costillas fracturadas.

En el abdomen se examina y observan: objetos clavados, heridas penetrantes y puntos sensibles de dolor o deformidad. Junto con la exploración abdominal se valora la parte baja de la espalda, con el deslizamiento de las manos desde la región lumbar hasta alcanzar los huesos de la pelvis para oprimir con suavidad. Si la presión ejercida causa dolor, se considera la posibilidad de una fractura en la estructura ósea de esta región.

En las extremidades superiores e inferiores: se buscan indicio de lesión o parálisis, deformidades, hemorragias, huesos salientes e hinchazón. Es importante palpar el pulso radial. Se debe valorar la capacidad de movimiento de los brazos y la existencia de roturas de nervios.

Al examinarse los brazos y piernas; los primeros deben examinarse desde la clavícula hasta la punta de los dedos y las piernas desde los muslos hasta el pie, en busca de los elementos antes mencionados. Se debe palpar ligeramente el lugar donde se sospecha que puede haber una fractura y se indaga, si existen puntos sensibles de dolor ⁽³¹⁾.

La enfermera (o) debe mantener los cuidados hacia el paciente con una dimensión biopsicosocial y espiritual de las personas. No obstante, es frecuente en quirófano demostrar interés por el problema físico, ya que es el origen de la demanda asistencial. Implica atención priorizada a la afección y se le resta importancia a la posible alteración psicológica, social y espiritual que pueda presentar el paciente. Es importante asegurar el cumplimiento de las necesidades primarias (de supervivencias), como es la oxigenación (aire); pero ello no implica que en un servicio como en el de quirófano reste importancia al estado psicológico.

Diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos de enfermería utilizados en quirófano en situaciones de emergencia, responden a las respuestas humanas que surgen de la afectación en las necesidades fisiológicas. Estas

necesidades son requisitos para la supervivencia, las más fuertes y urgentes.

Los diagnósticos más utilizados en quirófano responden con algunas categorías diagnósticas que se encuentran agrupadas en los Dominios de actividad / reposo, percepción / cognición, afrontamiento /tolerancia al estrés, seguridad y protección y de confort. Entre las categorías diagnósticas más frecuentes se encuentran ⁽³⁰⁾ (33):

Dominio 4: Actividad/Reposo

NANDA	Planificación (NOC)	Ejecución(NIC)
00029 Disminución del gasto cardiaco.	0405 Manejo de la hemorragia	4020 Disminución de la hemorragia

Dominio 5: Percepción /Cognición

NANDA	Planificación (NOC)	Ejecución(NIC)
000128 Confusión aguda	0912 Estado Neurológico	4820 Orientación de la realidad

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

NANDA	Planificación (NOC)	Ejecución(NIC)
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
00147 Ansiedad ante la muerte	1307 Muerte digna	5260 Cuidados en la agonía
00148 Temor	1404 Control del miedo	4920 Escucha activa 5270 Apoyo emocional

Dominio 11: Seguridad/ Protección

NANDA	Planificación (NOC)	Ejecución (NIC)
00004 Riesgo de infección	1902 Estado de infección 0702 Estado inmune	6540 Control de infecciones durante la cirugía. 6550 Protección contra infecciones
00039 Riesgo de aspiración	1918 Control de la aspiración	3200 Precauciones para evitar la aspiración.
00155 Riesgo de caída	1908 Detectar riesgo de caídas	6490 Prevención de caídas 6580 Sujeción física

		6654 Vigilancia: seguridad
0086 Riesgo de Disfunción neurovascular periférica	0407 Perfusión tisular: periférica	4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1902 Control del riesgo 1101 Integridad tisular.	3540 Prevención de UPP 3590 Vigilancia de la piel
00035 Riesgo de lesión	Control del riesgo	6650 Vigilancia: seguridad
00087 Riesgo de lesión postural peri operatoria	0407 Perfusión tisular periférica	2920 Precauciones quirúrgicas Posición quirúrgica designada
000206 Riesgo de Sangrado	0401 Estado circulatorio	4010 Prevención de la hemorragia
000205 Riesgo de Shock	0414 Estado opulmonar	4260 Prevención del shock.
Riesgo de ojo seco	Control del riesgo de ojo	1608 Detección del riesgo de ojo seco
00207 Riesgo de respuesta alérgica	1902 Control del riesgo.	6412 Prevenir la anafilaxia
00007 Hipertermia	0800 Termorregulación	3740 Tratamiento de la fiebre
00006 Hipotermia	0800 Termorregulación	3800 Tratamiento de la hipotermia
00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.	0800 Termorregulación	Regulación de la temperatura Intraoperatoria.

Dominio 12: Confort

Códigos	Planificación (NOC)	Ejecución(NIC)
00134 Nauseas	1618 Control de las Náuseas y vómito	1450 Manejo de Nauseas 1570 Manejo del Vómito

Planeación

En la planeación de los objetivos que se persiguen de acuerdo a los diagnósticos de enfermería priorizado, se establecen estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en la valoración, así como seleccionar y establecer el protocolo de actuación específico según la situación de urgencia. Es importante recordar que el proceso se organiza

en 5 fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente ⁽³⁴⁾.

Ejecución

En la ejecución de estos cuidados es importante aplicar el protocolo de actuación establecido para cada situación específica, pues permite su guía. Es importante no abandonar el uso de la lógica, la flexibilidad, creatividad e iniciativa, como elementos esenciales de un pensamiento crítico; en relación con los cambios rápidos del estado de salud que pueden ocurrir en el paciente. En esta fase se aplican las habilidades básicas y complejas relacionadas con el nivel de competencia profesional y con las demandas que surjan del problema de salud y las complicaciones en el paciente ⁽³⁵⁾.

Evaluación

1. Con el paciente:
 - a. Evaluar de manera sistemática las respuestas del paciente a las medidas aplicadas y evaluar presencia de complicaciones.

1. Con el plan de cuidados, realizar las siguientes preguntas:
 - a. ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
 - b. ¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?
 - c. ¿Eran adecuadas las actuaciones de enfermería? ⁽³⁴⁾.

2.2.3. Acerca de la historia clínica y los registros de enfermería

Historia clínica para el MINSA es definido como un documento médico legal en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales. El manejo de este documento por el equipo de salud dentro del que forma parte la enfermera (o) debe cumplir con estándares de diligenciamiento; “ La historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible”. Sin tachaduras, enmendaduras, sin dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas ⁽³⁶⁾.

Según la Norma técnica de la historia clínica, la enfermera debe de generar cuatro registros: 1) Notas de enfermería, deben contener la forma en que el paciente ingreso y una breve descripción de la condición del paciente que contenga: funciones vitales y biológicas, estado general, síntomas significativos, el tratamiento recibido y la evolución en el transcurso de la hospitalización y deben de contener la fecha, la hora, el nombre completo, colegiatura y firma de la enfermera. 2) Registro de los medicamentos, debe tener el nombre del medicamento suministrado, fecha de inicio y fecha en que se discontinuó, las horas diarias en se administra, sello con nombres, apellidos y número de colegiatura y la firma de la enfermera. 3) Grafica de signos vitales, se le registra el nombre y apellidos del paciente, número de Historia Clínica, temperatura, pulso, respiración y

tensión arterial del paciente. 4) Hoja de balance hídrico debe consignarse el nombre y apellidos del paciente, fecha, registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día, número de cama, servicio, sello con nombres, apellidos y número de colegiatura y la firma de la enfermera ⁽³⁷⁾. Así Entonces, las anotaciones de enfermería son registros que a diario realiza la enfermera en su labor asistencial y que forma parte de la historia clínica capaz de comunicar toda la información relacionada al cuidado que brinda. Existen muchas definiciones relacionadas a las anotaciones de enfermería que coincidan en su fondo y se complementan entre sí, como las que a continuación se detallan: Es parte importante de la historia clínica que permite supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención al mostrar las experiencias, conocimientos, habilidades, falencias y necesidades del personal ⁽⁶⁾. Es parte de los registros legales del paciente para que más tarde sea presentado como evidencia ante el tribunal de justicia; estas notas serán la comunicación escrita más actual de lo sucedido al paciente durante su permanencia en el hospital ⁽²⁾. Para que las anotaciones sea de calidad debe ser objetiva (dejando de lado las deducciones subjetivas como “paso la noche como siempre”, “parece angustiado”), exacta, completa, concisa, actualizada, organizada y confidencial basada en el proceso de atención de enfermería; capaz de contener comentarios precisos y objetivos, debe contener:

signos y síntomas del paciente, modificaciones de su estado, reacciones a las pruebas y el tratamiento, educación que se logró impartir, causas por lo que se admite un medicamento y su efecto, cantidad y tipo de material drenado, razones para omitir medicamentos o tratamientos ⁽³⁷⁾ . También, constituyen un medio de comunicación y una metodología de acción, donde se describe el tratamiento, evolución, valoración del paciente y evaluaciones de las intervenciones de enfermería, durante un determinado turno de trabajo ⁽³⁶⁾ .

Estos registros son considerados parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Hacer el registro de los cuidados que la enfermera proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾ .

Atendiendo la importancia que el registro tiene para la continuidad del cuidado del paciente, el personal de enfermería al momento de realizarlos debe considerar criterios indispensables de la comunicación eficaz, como “La simplicidad, claridad, el momento

y la pertenencia, la adaptación y la credibilidad”. La obligatoriedad de su aplicación de estos instrumentos en estos tiempos obedece a exigencias legales, constitucionales y profesionales establecidos por “Ley del Trabajo del Enfermero Peruano ley 27669”. Es responsabilidad de la enfermera transmitir la información del paciente a través de sus registros en forma veraz, clara, lógica y organizada a través del PAE y el SOAPIE ⁽¹⁾.

El PAE es un método lógico y racional en la que se configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, en la práctica las etapas se superponen.

SOAPIE: Es un método sistemático resumido del PAE; cuyas siglas significan:

S: Dato subjetivo lo que el paciente refiere.

O: Dato objetivo lo que se observa, se mide, etc.

A: Análisis es la conclusión diagnóstica.

P: Planificación, es la elaboración del plan de cuidados.

I: Internaciones es la ejecución de las acciones programadas.

E: Evaluación es evaluar si los objetivos se cumplieron.

2.2.4. Acerca de la calidad de las anotaciones de Enfermería

La calidad es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los usuarios

La calidad del cuidado tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro

del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud pro-activa.

En el concepto puro de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. La calidad objetiva involucra la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor.

Las actividades relacionadas con la calidad eran inicialmente reactivas y orientadas hacia la inspección y el control estadístico de calidad, enfoque que posteriormente establecerá la calidad objetiva. Según Vásquez et al. (1996), la calidad objetiva es una visión interna de la calidad, pues es vista desde un enfoque de producción. El objetivo básico de la calidad objetiva es la eficiencia y por ello se usa en actividades que permitan ser estandarizadas (control estadístico de la calidad). De igual forma, Vásquez et al. hablan de calidad subjetiva como una visión externa, en la medida en que dicha calidad se obtiene a través de la determinación y el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, dado que las actividades del servicio están altamente relacionadas con el contacto con los clientes.

Protocolo de actuación

En la búsqueda de mejorar las notas de enfermería en quirófano, se ha elaborado un formato con las características del PAE-SOAPIE y para su interpretación correcta se acompaña un protocolo

El uso de un protocolo de actuación ha sido tradicionalmente una política de tipo institucional, en la que los profesionales validaban su práctica generalizada: En la mayoría de los casos constituía un resumen actualizado de los avances tecnológicos de la especialidad, estos protocolos desarrollados no buscaban modificar las decisiones de los profesionales, su implementación era voluntaria, y no había evaluación de su aplicación e impacto.

Actualmente los protocolos se promueven desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones en lo que respecta a las "buenas prácticas profesionales", en un contexto de escasez de recursos. Esta iniciativa busca fundamentalmente: Garantizar la calidad de la atención y de los servicios ligada a la satisfacción del cliente, garantizar la eficiencia de los recursos asignados a los servicios, reducir los costos de la atención de salud, servir de protección legal en casos específicos, facilitar las comunicaciones entre el equipo de salud, unificar criterios y estandarizar la actuación profesional hacia la excelencia de los servicios ⁽⁴⁰⁾.

Los datos de las notas de enfermería además de presumir veracidad y al estar contenido dentro de la historia clínica es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional, es aconsejable que las enfermeras diligencien notas a todos pacientes. Este diligenciamiento no solo debe ser de notas de enfermería sino de los otros registros de enfermería como el

registro del control de líquidos, de medicamentos, de signos vitales. La constancia escrita del acto del cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional sino es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Recordemos que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos ⁽⁴¹⁾.

2.3. FUNDAMENTOS FILOSOFICOS

La filosofía en enfermería es el conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumimos como verdadero, respecto al fenómeno del cuidado. El fundamento filosófico del cuidado es plasmado por las siguientes teóricas: Nightingale conocida como la primera enfermera de la enfermería moderna; ya que casi todos los sistemas y técnicas modernas de enfermería que conocemos hoy día están relacionadas con ella, quien demostró cómo un fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado de manera matemática.

Florence Nightingale, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas, escribió diferentes temas acerca de la profesión de enfermería, su práctica y la enseñanza, su obra más divulgada y conocida es **“Notas sobre Enfermería: ¿Qué es y qué no es Enfermería”?** En ella busca lo que somos, a partir de las diferencias y justifica lo que se hace ⁽⁴⁰⁾. La teoría de Florence ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías y ha

sido la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería. Es así, que el inicio de las teorizaciones sobre el proceso enfermero se sitúa hacia finales de los años 50 del siglo XX, con los trabajos de Faye Abdellah y Dorothy Johnson ⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾, que se formalizan en 1967 con la Teoría del proceso enfermero de Yura y Walsh⁽⁴⁴⁾ Desde entonces, el uso de este método y la elaboración de planes de cuidados se han relacionado con la necesidad de desarrollar y emplear vocabularios enfermeros normalizados, que contribuyan a facilitar la expresión y el registro de las observaciones, razonamientos y actuaciones de las enfermeras asistenciales.

2.4. BASES EPITEMICAS

Competencias de la enfermera en quirófano

El actuar de las enfermeras (o) en el cuidado del paciente es con una visión holística, al cuidado del paciente en quirófano se agrega competencias de alto autocontrol ante situaciones de estrés, habilidades de relación interpersonal no solo con el paciente y familiares; sino con el resto del equipo quirúrgico; además se le exige competencias técnicas de alto nivel, pero sin olvidar el mantenimiento del calor humano y la sencillez en el contacto con el paciente. En esta medida los enfermeros deben desarrollar competencias sustentadas en habilidades personales, interpersonales, sociales, clínicas, técnicas, intelectuales y conductuales que le permitan un desempeño de excelencia ⁽⁴⁵⁾.

Por su propio perfil, el trabajo del enfermero en quirófano consiste en proporcionar los cuidados necesarios, así como colaborar con las técnicas quirúrgicas y procedimientos propios de quirófano. Este cuidado

debe seguir las pautas del proceso de atención de Enfermería (PAE), utilizado para denominar un sistema de intervenciones y características en enfermería, que permite aplicar todo el marco teórico y filosófico. Para la aplicación del método científico, resulta necesario, un equilibrio entre el ?saber?, el ?saber hacer?, y el ?saber ser?; pues de esta forma, permite el desarrollo de la competencia en la actuación profesional; mediante la adecuada resolución de problemas y fenómenos subyacentes a dicha práctica ⁽⁴⁶⁾.

Pensamiento crítico

La enfermera (o) durante su formación desarrolla y durante el cuidado aplica un pensamiento crítico que le facilita un cuestionamiento reflexivo; habilidad compleja individualizada que implica ideas, emociones y percepciones. Un razonamiento crítico que contiene elementos como: La lógica: con el empleo de este enfoque se puede comprender el procedimiento del razonamiento, al constituir la fuente que tiene el ser humano para aprender. La competencia: Se logra con la adquisición y actualización de la base del conocimiento con las experiencias de la propia práctica clínica. La flexibilidad: Permite acomodarse a razonamientos e ideas divergentes. La creatividad: un pensamiento creativo promueve la curiosidad y el desarrollo de estrategias innovadoras. La iniciativa: Se emplea mediante el estímulo de la actuación precoz y el razonamiento creativo. La comunicación: Se desarrolla mediante la interrelación verbal y no verbal. Estos elementos se encuentran implícitos como propiedades del PAE, que se retoman en el razonamiento crítico aplicados en cada fase, lo que influye en las opiniones, conocimientos y habilidades personales, para formar la base

de la interrelación entre el enfermero y el paciente, sobre la base de percepciones, valores y metas personales. Además, el razonamiento lógico ayuda a: 1) Tener mejor comprensión de algo o de alguien, 2) identificar problemas reales y potenciales, 3) tomar decisiones sobre un plan de acción, 4) reducir el riesgo de obtener resultados indeseables, 5) aumentar la posibilidad de lograr resultados beneficiosos, 6) hallar formas para mejorar y 7) el establecimiento de prioridades ⁽²⁴⁾.

2.5. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Centro Quirúrgico. - Es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de los quirófanos y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias

para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

Registro de enfermería:- Es un formato específicos que forma parte de la historia clínica en el cual la enfermera (o) registra cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de enfermería al sujeto con necesidades quirúrgicas en su etapa peri operatoria.

Anotaciones de enfermería. - Es el registro en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, inmediatamente después de su realización.

Calidad de las notas de enfermería.- Son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería aplicando el

Proceso de Atención de Enfermería brindada a la persona, durante el periodo peri operatorio.

Estructura.-Se refiere al cumplimiento de requisitos al momento de realizar las anotaciones de enfermería. La escritura de las notas debe ser continua, significativa, precisa, comprensiva, libre de errores y debe de quedar registrado el responsable de la elaboración de las notas de enfermería.

- **Continua:** Las notas de enfermería deben de garantizar la atención continua del paciente para ello se considera registrar la fecha y hora de recepción de la antesala de quirófano, que las notas tengan un orden y que mantenga un orden cronológico
- **Significancia:** Las notas de enfermería deben de contener hechos trascendentales del estado del paciente como: Anotar signos y síntomas del paciente, realizar el plan de cuidados, realizar la evaluación del plan de cuidado, registrar el balance hídrico, registrar las cifras de las funciones vitales, informar sobre el tratamiento administrado y debe de mencionarse procedimientos especiales realizados al paciente durante el intraoperatorio.
- **Precisión:** Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, incitándose con la identificación del paciente, el número de la historia clínica y de la cama y del servicio de procedencia y cada intervención debe contener la hora.
- **Comprensión:** Las Anotaciones deben: tener letra legible, adecuada concordancia evitando ambigüedades (redacción correcta), reflejar

presentación, no uso de abreviaturas no oficiales, usar el color de lapicero de acuerdo a la norma del establecimiento (azul o negro=día y rojo=noche).

- **Libre de Errores:** Las notas de enfermería no deben contener enmendaduras (borrar, ni aplicar líquido correcto) ni tache. Para inhabilitar errores cometidos mientras se redacta el registro; se debe trazar una línea sobre el error y escribir encima error y firmar con su nombre para luego redactar lo correcto.
- **Responsable.** Cada registro de enfermería tiene un responsable en este caso es la enfermera (o) circulante quien legalizara su actuar con su sello y firma; el sello tendrá los nombres y apellidos y el N° de colegiatura.

Contenido.- Se refiere al cumplimiento de datos que considere la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) el cual considera aspectos de valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación.

- **Valoración:** Es la obtención de datos: subjetivos, objetivos evaluando las esferas del comportamiento físico, Psicológico, espiritual y social y que esta obtención de datos lo realiza usando modelos o teorías de enfermería.
- **Diagnóstico:** Es el resultado del confrontamiento de los datos obtenidos en la valoración con la base teórica para llegar a formular adecuadamente los diagnósticos; sean estos reales, potenciales o de promoción de la NANDA.

- **Planeamiento:** Es la planeación de los objetivos de acuerdo a los diagnósticos de enfermería jerarquizados, estableciendo intervenciones en base a las causas.
- **Ejecución:** Se han registrado las intervenciones realizadas (NIC) y además si las notas de enfermería tienen el modelo de SOAPIE.
- **Evaluación:** Se registra la evaluación conforme a los resultados esperados (NOC) y evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio es de tipo cuasi experimental, porque se manipula las dimensiones específicas de la calidad de las notas de enfermería; con una post- prueba ⁽⁴⁷⁾.

Según el tiempo de ocurrencia de los registros de la información, el estudio fue de tipo retrospectivo y prospectivo. Es retrospectivo porque se buscó identificar la calidad de las anotaciones de enfermería de un mes antes y es prospectivo porque se indagó la calidad de las notas de enfermería al siguiente mes de la aplicación del registro basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). **(Anexo A y B)**

Según el objetivo que se persigue, es de tipo aplicada, se espera mejorar la calidad de las anotaciones de enfermería y con ello la atención al paciente ⁽⁴⁵⁾.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

Diseño de serie temporal ininterrumpida con un grupo (O). En este diseño, el investigador mide un grupo de forma repetida, tanto antes como después la calidad de las notas de enfermería (X). O₁ el diseño

antes y O_2 después con un solo grupo (M). Porque lo que pretendemos saber la mejora ($O_2 > O_1$) de las anotaciones de enfermería en quirófano con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁴⁹⁾.

M : O_1 X O_2

3.3. POBLACION Y MUESTRA.

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 84 anotaciones de enfermería realizadas por las enfermeras que estuvieron laborando en los quirófanos del hospital y que corresponden a una proyección (promedio) realizada con los datos de los meses de Enero a abril del 2015. La que se asume para el mes de junio y Agosto.

Criterio de Inclusión

- Ser anotaciones de enfermería a pacientes programados adultos del servicio de sala de operaciones (quirófano), realizado en el mes de junio (pre prueba) y el mes de agosto (pos prueba).
- Anotaciones de enfermería de enfermeras (os) que proporcionaron y registraron los cuidados transoperatorio y que voluntariamente aceptaron participar de la investigación.

Criterio de Exclusión

- Anotaciones de enfermería de las enfermeras que no aceptaron participar del estudio.

- Anotaciones de enfermería que corresponden a cirugías pediátricas.
- Anotaciones de enfermería de enfermeras que brindan atención en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA).

3.3.2. Muestra.

La muestra estuvo constituida por 42 anotaciones, hechas por enfermeras en tres turnos; siendo el 50% del total de la población.

3.4. DEFINICION OPERATIVA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento que recoge los datos para evaluar la variable calidad de las anotaciones de enfermería antes y después de la aplicación del formato diseñado en base al PAE para la atención de pacientes en quirófano. Es una lista de cotejo (**Anexo C**) que cuenta con dos dimensiones: Estructura y contenido. Con respecto a la dimensión estructura, esta ésta consta de 24 ítems, distribuidos en las siguientes sub-dimensiones: Continua (3 reactivos), significativa (6reactivos), precisión (6 reactivos), Comprensibilidad (5 reactivos), en no errores (2 reactivos) y con respecto a la persona responsable de las notas de enfermería (2reactivos). En cuanto a la dimensión de contenido ésta consta de 11 enunciados los mismos que responden a las fases del proceso de atención de enfermería: fase valoración (3 criterio), fase diagnostico (2 ítems), fase planificación (2 reactivos), fase ejecución (2 criterios) y fase evaluación (2 reactivos). Las alternativas de respuesta

para ambas dimensiones fueron dicotómicas: SI: Si las acciones del enunciado se encuentran registradas en las notas de enfermería con un valor de 1. NO: Si No las acciones del enunciado no se encuentran registradas en las notas de enfermería, con un valor de 0. Haciendo un total de 35 reactivos. **(Cuadro 2)**

CUADRO N°01

DISPERSÍGRAFO DE PUNTUACIONES A LA VARIABLE CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

DIMENCIONES /NIVELES	BUENO	REGULAR	MALO
ESTRUCTURA	17 – 24	9 – 16	0 – 8
CONTENIDO	09 – 11	5 – 08	0 – 4
GLOBAL	25 - 35	13- 24	0 - 12

CUADRO N° 02

CLAVES DE CALIFICACION DE LA FICHA DE RECOJO DE INFORMACION DE LA VARIABLE CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

ÍTEMS	SI	NO	ÍTEMS	SI	NO	ÍTEMS	SI	NO
1	1	0	13	1	0	25	1	0
2	1	0	14	1	0	26	1	0
3	1	0	15	1	0	27	1	0
4	0	1	16	1	0	28	1	0
5	1	0	17	1	0	29	1	0
6	1	0	18	1	0	30	1	0
7	1	0	19	1	0	31	1	0
8	1	0	20	1	0	32	1	0
9	1	0	21	0	1	33	1	0
10	1	0	22	0	1	34	1	0
11	1	0	23	1	0	35	1	0
12	1	0	24	1	0			

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas de recojo

La técnica usada fue el análisis documental para evaluar la calidad de las notas de enfermería antes y después de la

aplicación de la hoja de registro. Para ello se aplica un instrumento que fue validado con un 88,5 % de concordancia entre los expertos (**Anexo D y E**); con una confiabilidad de 0.96% mediante la prueba estadística de Kuder Richard. (**Anexo F**)

3.5.2. Procesamiento y presentación de los datos

Procedimiento de recolección de datos: La recolección de datos se realizó previo trámites administrativos y aceptación de la misma. Se obtuvo autorizaciones de permiso respectivo mediante solicitudes dirigidas a la Dirección del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y el Hospital Puente Piedra. Luego se llevó a cabo las coordinaciones con los jefes de Estadística para la autorización respectiva, para contar con el acceso a las historias clínicas durante el mes de junio en el Hospital de Puente Piedra y de Junio y agosto en el Hospital Nacional "Sergio E Bernales".

Una vez obtenida la información, los datos se procesaron mediante el programa SPSS (The Sftame Stetestical For The Social Sciencies) versión 21; previa elaboración de una tabla de códigos y de matriz. (**Anexo G, H**)

Luego de la elaboración de la base datos se realizó el análisis de los datos, para ello se aplico la estadística descriptiva para la determinación de la frecuencia y proporción de las variables categóricas; información que fue presentada en tablas y gráficos de barras.

Se utilizó la “T” de Student para determinar la efectividad de la aplicación del registro utilizando las variables numéricas obteniendo un valor de $P < 0,05$, que analizó la diferencia de las medias de antes y después de la aplicación del registro basado en el PAE.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación se presentan los siguientes hallazgos:

a) Información general de la muestra:

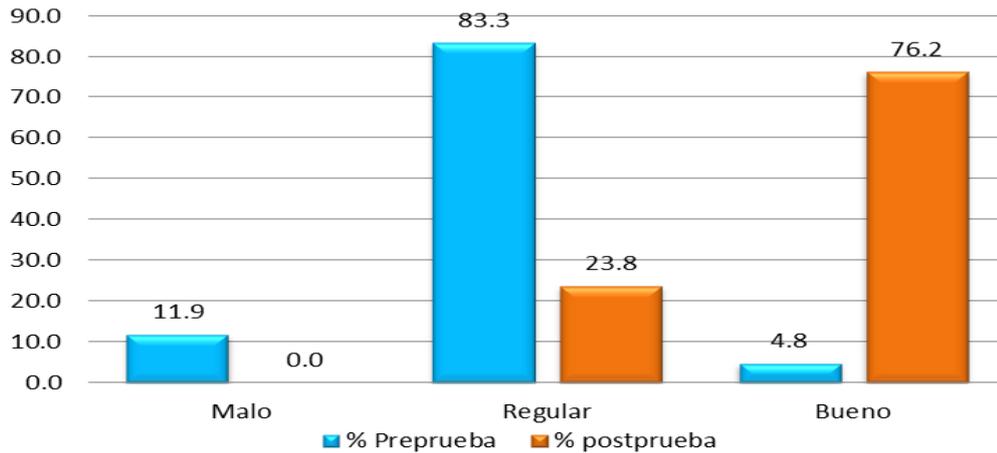
Del análisis de los datos generales del instrumento, se puede decir que el grupo de Enfermeras asistenciales que laboran en centro quirúrgico del Hospital Sergio E Bernales de Lima. La población que participo fue el 70% de Enfermeras que constituyo el 100% de la muestra. De ello, 50% están comprendidas entre el 30 a 40 años, 28,57 % tiene de 20 a 30 años y el 21,43% refirió tener más de 40 años, predomina el sexo femenino con un 92,85%. Cabe mencionar que el 21,43 % de este grupo ejerce la docencia Universitaria.

Los datos obtenidos corresponden a 42 anotaciones de enfermería en el mes de junio (pre prueba) y 42 anotaciones de enfermería en el mes de agosto (post prueba), cuya fuente de obtención fueron las historia; los mismos que se pueden resumir en los siguientes cuadros.

Descripción de las variables

FIGURA N° 01

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA SEGÚN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JUNIO Y AGOSTO. 2015.



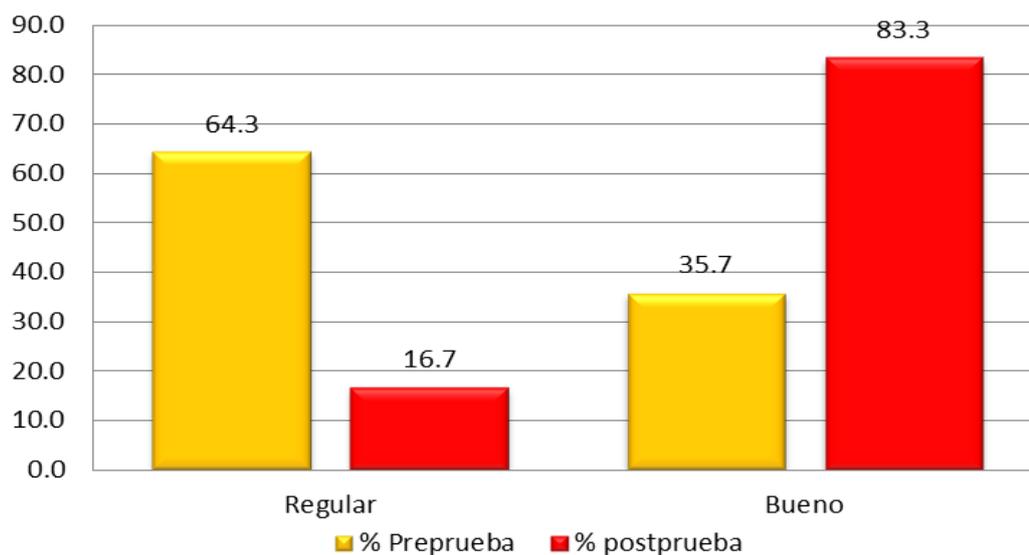
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	5	11.9	0	0.0
Regular	35	83.3	10	23.8
Bueno	2	4.8	32	76.2
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del instrumento.

Según el cuadro y grafica N° 01, refleja los niveles en cuanto a; registro en sus dimensiones de estructura y contenido. Podemos visualizar en la preprueba que 11,9% se ubican en el nivel Malo, el 83,3 % en el nivel regular y el 4,8% en el nivel bueno. En postprueba se observa que 23, 8 % se ubican en el nivel regular y 76,2 % en el nivel bueno. Al comparar resultados encontramos que a habido un descenso en el nivel regular para incrementarse a nivel bueno; podemos asumir que esta diferencia es efecto de aplicar un registro de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería.

FIGURA N° 02

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA SEGÚN LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



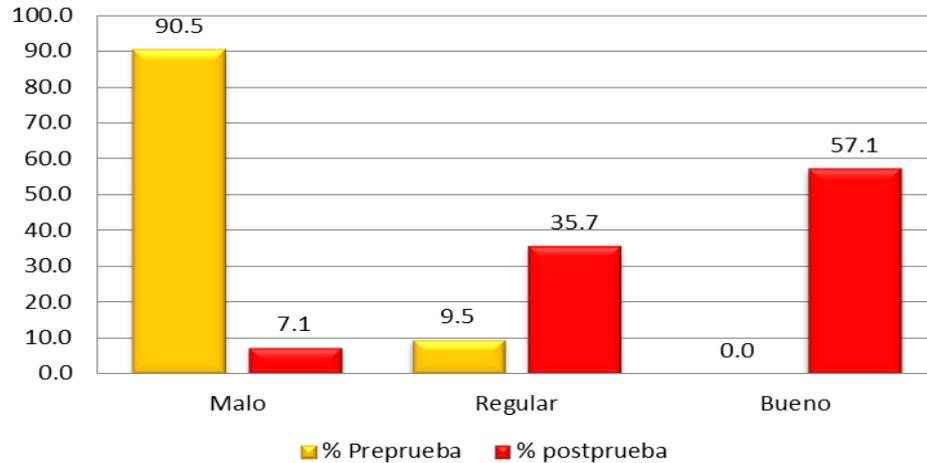
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Regular	27	64.3	7	16.7
Bueno	15	35.7	35	83.3
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del instrumento (dimensión estructura)

En el cuadro y grafica N° 02, en cuanto a los niveles en la dimensión estructura. Observamos en la pre prueba en el nivel regular un 64,3% y en el nivel bueno a un 35.7%. En post prueba un 83,3% en el nivel bueno y 16,7% en el nivel regular. Al comparar resultados vemos que en la post prueba hay un descenso en el nivel regular para incrementarse en el nivel bueno.

FIGURA N° 03

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN CONTENIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	38	90.5	3	7.1
Regular	4	9.5	15	35.7
Bueno	0	0.0	24	57.1
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del instrumento (dimensión contenido)

En el cuadro y grafica N° 03, en cuanto a los niveles en la dimensión contenido. Observamos en la preprueba 90.5% en el nivel malo, seguido de 9,5% del nivel regular. En pos prueba a un 57,1 % en un nivel bueno, seguido de 35.7 % en el nivel regular y de 7,1% en un nivel malo. Al comparar porcentajes visualizamos en la post prueba un descenso del nivel malo y un incremento en los niveles regular y bueno. Podemos asumir que esta diferencia es efecto de aplicar un registro de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería.

Prueba de hipótesis

Se aplicó la prueba t de Student para contrastar la hipótesis y el valor de p, se rechaza la hipótesis nula si el valor de t calculada es superior al valor de t crítico o el valor de p es menor a 0,05.

A la hipótesis de:

H_1 : Con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras mejorarán la calidad de las anotaciones de enfermería, apacientes adultos en quirófano en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

H_0 : Con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras no mejoraran las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

Estadísticos de grupo

	Total contenido	N	Media	Desviación típ.
Registro	Preprueba	42	17,40	4,025
	Postprueba	42	27,40	4,849

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias		
		t	gl	Sig. (bilateral)
	Se han asumido varianzas iguales	10,284	82	,000
Registro	No se han asumido varianzas iguales	10,284	79,308	,000

Como el valor de p (significancia bilateral) = 0,000 es menor a 0,05, asimismo para $gl = 82$ con $\alpha = 0,05$ el valor de t calculada (10,284) supera al valor de t crítica que es 1,99, por lo que se rechaza la hipótesis nula y podemos afirmar

que con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras mejoraron la calidad de las anotaciones de enfermería, a pacientes adultos en quirófano en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.

Hipótesis específica 1

H₁: Con la aplicación del registro se mejora el contenido de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015

H₀: Con la aplicación del registro no se mejora el contenido de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015.

Estadísticos de grupo

	Total contenido	N	Media	Desviación típ.
Registro	Preprueba	42	2,24	1,559
	Postprueba	42	8,19	2,412

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias		
		t	gl	Sig. (bilateral)
Registro	Se han asumido varianzas iguales	13,433	82	,000
	No se han asumido varianzas iguales	13,433	70,165	,000

Como el valor de p (significancia bilateral) = 0,000 es menor a 0,05, asimismo para gl= 82 con $\alpha = 0,05$ el valor de t calculada (13,433) supera al valor de t crítica que es 1,99, por lo que se rechaza la hipótesis nula y podemos afirmar que con la aplicación del registro se mejora el contenido de las anotaciones de

enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015

Hipótesis específico 2

H₁: Con la aplicación del registro se mejora la estructura de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015

H₀: Con la aplicación del registro no se mejora la estructura de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015.

Estadísticos de grupo

	Total contenido	N	Media	Desviación típ.
Registro	Preprueba	42	15,17	3,052
	Postprueba	42	19,21	2,984

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias		
		t	gl	Sig. (bilateral)
Registro	Se han asumido varianzas iguales	6,146	82	,000
	No se han asumido varianzas iguales	6,146	81,959	,000

Como el valor de p(significancia bilateral) = 0,000 es menor a 0,05, asimismo para gl= 82 con $\alpha = 0,05$ el valor de t calculada (6,146) supera al valor de t crítica que es 1,99, por lo que se rechaza la hipótesis nula y podemos afirmar que con la aplicación del registro se mejora la estructura de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A medida que aumenta la complejidad de la asistencia sanitaria la capacidad de comunicación efectiva sobre la atención de los pacientes se vuelve más importante que nunca. Una de las formas más efectivas de comunicarse el equipo de salud, es a través de la historia clínica, la misma que está conformada por registros de diferentes profesionales de salud. El profesional de enfermería tiene hasta cinco registros en la que reporta los diferentes cuidados que brinda al paciente; siendo estos narrativos o en un sistema de registro esquematizado. Estos registros sirven de vehículo para el almacenamiento e intercambio de información; los beneficios esperados acerca de la atención al paciente son claros e incluyen la seguridad del paciente y la continuidad de los cuidados

Uno de los registros usados por el profesional de enfermería es el registro de las anotaciones de enfermería; la misma tiene implicancias legales, constitucionales y profesionales, y que sirven para dar una adecuada calidad sanitaria⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾. Su manejo es de estricta obligatoriedad, así, lo establece la “Ley del Trabajo del Enfermero Peruano ley 27669”. Es responsabilidad de la enfermera transmitir la información del paciente a través de sus registros en forma veraz, clara, lógica y organizada a través del PAE y el SOAPIE⁽¹⁾.

El proceso de Enfermería es un método científico por el cual se aplica la base teórica al ejercicio de la enfermería. Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es satisfacer las necesidades del paciente a partir de la valoración del estado del paciente, el establecimiento del diagnóstico(s) enfermero(s), la planificación de los cuidados, su ejecución y evaluación ⁽⁴⁾.

Es por eso que se elaboró un registro basado en el proceso de atención de enfermería y se aplicó al paciente adulto en su fase transoperatoria conjuntamente con un protocolo que indica paso a paso todos los ítems del formato para ser consultado diariamente y durante un mes.

En los resultados obtenidos de esta aplicación, se evidencian que el uso de este formato por la enfermera de quirófano en el Hospital Nacional "Sergio E Bernales" ha sido efectivo, porque después de su aplicación al mes siguiente las anotaciones hechas por estos profesionales se incrementó a un 71,4% el nivel bueno. Este incremento se debe a la disminución del nivel regular y la desaparición del nivel malo. Al buscar comparar estos resultados de efectividad de la aplicación de registro no ha sido posible comparar con otros estudios, por escasez de los mismos. Con respecto a la calidad de las notas de enfermería los resultados de la post prueba son mejores a los estudios de MORALES ⁽¹²⁾ y de ASTITAS y Colb ⁽¹⁵⁾, quienes encontraron un 54,7% y un 53,3% en el nivel regular, respectivamente y de 16,3% nivel bueno para el segundo. Mejora de los resultados es debido a la puesta en uso de un registro esquematizado, que le sustenta la teoría que le ha servido al profesional hacer un replanteamiento de sus anotaciones de enfermería en forma narrativa. Toda vez, que brindar atención de enfermería al paciente con necesidades quirúrgicas en quirófano,

donde se cuenta con menor tiempo, y con menor acceso a los familiares; por ello SERVIN y colaboradores ⁽¹¹⁾ en México ha concluido que el registro clínico quirúrgico cumple con los criterios de seguridad para el paciente y que permite registrar todos los cuidados que se brindan durante el transcurso de la cirugía.

En cuanto a la dimensión estructura, en la post prueba se evidencia un incremento de 47,6% llegando a 83,3% del nivel bueno y un descenso en el nivel regular; los incrementos en el nivel bueno se dan en las características de: Precisión 52,3%, significativa 47,6%, continua 40,9%, comprensibilidad 16,4%; seguida del nivel regular en la característica de no error con el 8,6% **(Fig: 4,5,6,7,8,9)**. Con respecto al valor de t calculada es de 6,146; la misma que supera al valor de t crítica, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se afirma que la aplicación del registro ha mejorado la estructura de las anotaciones de enfermería. Estos resultados son parecidos a los resultados obtenidos por MANCO ⁽¹³⁾, quien señala que los datos de la dimensión estructura son completos, y a los resultados del estudio realizado por MORALES ⁽¹²⁾, 79,7% tienen un nivel regular de calidad de las notas de enfermería; pero, contrarios a los resultados del estudio realizado por RUDA ⁽¹⁴⁾, que informa que el 63% de los registros de enfermería tienen una aplicación inadecuada y solo un 37% de los registros de aplicación adecuada. BETANCOURR ⁽¹⁶⁾ En lo que se refiere a los criterios de forma las anotaciones de Enfermería obtienen regular calidad en un 37.3% en el turno diurno y el 40.9% en el turno nocturno.

Con respecto a la dimensión contenido, en la post prueba se obtiene un incremento de 57,1% y de 26,2% en los niveles bueno y regular respectivamente. Siendo el mayor incremento a nivel bueno en la característica

de valoración; seguida del nivel regular con 71,6% y de 71,4%, en las características de diagnósticos y de ejecución respectivamente, 54,8% en la característica de planteamiento y de 31 % en la característica de evaluación **(Fig: 10 al 14)**. Al contrastar la hipótesis se encuentra una t calculada de 13,433; la misma que supera a la t crítica, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que la aplicación del registro ha mejorado las anotaciones de enfermería en la forma narrativa. Estos resultados al confrontarlos con los resultados de los estudios de MORALES (12) y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). RUDA (14) En la dimensión contenido el 68%son adecuados y 32% de los registros de aplicación inadecuada. BETANCOURR (16) Por otro lado en el criterio de contenido se obtuvo buena calidad en el turno diurno con un 38,3 % en tanto que el turno nocturno se obtuvo regular calidad en un 35.6%.

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

1. La aplicabilidad de un registro elaborado en base al Proceso de Atención de Enfermería en los quirófanos del Hospital Sergio E. Bernal es ha hecho que se incremente las anotaciones de enfermería en un porcentaje considerable y evidenciando una atención mucho más completa y sistematizada. Por lo que el registro propuesto es efectivo y reúne condiciones para ser usado permanentemente.
2. En cuanto a la efectividad en la dimensión estructura hay un incremento del nivel bueno: 52,3%, 47,7%, 40,4% y 28,8% en las características precisión, significación, continua y comprensibilidad respectivamente. Ósea se consideran en las anotaciones de enfermería datos como: Fecha y hora de recepción, orden, presentación, signos y síntomas, procedimientos especiales, hora de inicio y de término de la cirugía, balance hídrico, tratamiento administrado, servicio de procedencia, Nro HCl. y cama, tachas, enmendaduras, líneas en blanco, y firma y sello del profesional responsable. Siendo los datos de comprensibilidad los que en menor porcentaje se incrementa. (figuras: 4,5,6,7,8,9).
3. Acerca de la efectividad en la dimensión contenido, el ítem de mayor incremento hacia el nivel bueno son los ítems de valoración (obtiene datos subjetivos, objetivos, valora esferas del comportamiento) el resto el incremento es a regular (formula diagnósticos de la NANDA, establece prioridades de atención, planifica y registra intervenciones, evalúa intervenciones con NOC) y

4. habiendo un porcentaje de 69,2% y 45,2% que corresponden a los ítems de evaluación y de planteamiento respectivamente es de nivel malo. Porcentajes últimos que evidencian que las anotaciones de enfermería requieren ser mejoradas.

SUGERENCIAS

1. Que el Departamento de Enfermería en coordinación con la jefatura de enfermería de Centro Quirúrgico, gestione ante la oficina de calidad del hospital para que el registro diseñado y aplicada posterior a la pre prueba sea reconocido como un formato de uso del profesional de enfermería en quirófano.
2. La investigación permitió identificar mayores deficiencias en el contenido que es la estructura de las anotaciones de enfermería, por tanto, sería conveniente que el departamento de enfermería promueva a nivel de los servicios la conformación de los Comités de Supervisión, monitoreo y evaluación de la calidad de los registros de enfermería a fin de implementar y mejorar la calidad de las anotaciones de Enfermería.
3. Impulsen un programa de educación permanente dirigido a las profesionales de enfermería sobre la elaboración de registros de enfermería que cumplan las normas y/o estándares establecidas y fomentar el desarrollo profesional e institucional.
4. Promover la investigación en otras instituciones de salud que permitan diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de las anotaciones de enfermería. Y sobre todo obtener nuevos resultados que nos permitan establecer comparaciones con los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Perú Colegio de Enfermeros. Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) LEY N° 27669. Capítulo I, artículo 4°. D.S N° 004 - 2002 – SA. Lima –Peru. 2002. P:2.
<http://www.cep.org.pe/beta/download/Reglamento27669.pdf>. (Revisado 18-12-14).
2. Perú. Colegio de enfermero. Código de Ética y Deontología. La enfermera y el ejercicio profesional de la D.L.22315. Capítulo III, artículos 24, 27 y 28. Resolución N° 322-09/CN-CEP (modificatoria del Código de Ética y Deontología). Enero 2009. Lima - Perú.P: 19. <http://www.cep.org.pe/> (revisado 18-12-14).
3. Koziar, B. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. 274p. p. 4, 5, 11,22,23,25,26,29 47
5. Weiser TG, Regenbogen SE, Thomposin KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. Estimación del volumen mundial de las cirugías: estrategia modelo basada en datos validados. Lancet. 2008; 372 (9633): 139-44.
6. Ibarra, F.A.J. García, SM.M. Registros de enfermería. ISSN: 1885-7124. Capítulo 21. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/sección1/capitulo21/capitulo21.html>. [Consultado 10 de octubre 2014.]. 2007.
7. Ibarra, R. Registros de atención enfermera (r.a.e.). En urgencias y emergencias extra hospitalarias. F:I:E:U:E. Disponible en: <http://ibameue.blogspot.com/2007/04/documento-de-trabajo-sobre-registros-de.html>.

- 8 Benavent, G.M.A. Y Leal, CMI. Los Registros de Enfermería: consideraciones ético-legales. España. 2004. Disponible <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/778/lang.es/>.
- 9 Potter, P. "Fundamentos de Enfermería". 5ta edición, editorial Harcourt. 2002
- 10 Espino V. Angélica. - Infanzón I. Giovanna. Tesis Nivel de Conocimiento de la Enfermera y su Relación con la Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez EsSalud de Ica 2003. Artículo 7º.
- 11 Servin, Eloísa y Otros. "Formato de registros clínicos de enfermería quirúrgica". México. 2012.
- 12 Morales, SC. "Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos". Informe de tesis para optar el título de segunda especialidad. Hospital Regional- Moquegua. Tacna. 2012.
- 13 Manco, A. Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del hospital Rezola cañete. Tesis para optar la especialidad en el Cuidado Enfermero del paciente crítico- Adulto . Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. Tacna- Perú- 2010.
- 14 Ruda, Norma. Nivel de conocimiento y aplicación de las notas de Enfermería que tienen las Enfermeras en sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Callao - Lima 2007 [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Lima –Perú. UNMSM.2007.
- 15 Astitas Román Victoria y Colab, Factores Profesionales y laborales que influyen en la ejecución de las anotaciones de Enfermería en el Centro Médico Naval. Bellavista. 2000-2001. Lima- Perú.

- 16 Betancourr Pérez Patricio y colab. Calidad de las notas de enfermería en el servicio de medicina A-4 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima. Perú. 1998.
- 17 Vargas, C, Carmen, M. Ruiz, A . ISSN 1409-1992 enfermería en costa rica 2003. Colegio de enfermeras de costa rica 25 de febrero 2003. Pág. 11-18 [consultado el 29 de setiembre 2014].
- 18 Dingwall R. An Introduction to the social history of nursing. London: Routledge;1988.
- 19 Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
- 20 Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actual Enferm 2007; 10 (4): 15-21.
- 21 Peplau H. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Barcelona: Salvat; 1990: 4
- 22 Papper, S . Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. La teoría como base de la práctica. Modelos. Modelos de los sistemas de servicios de salud. Primera edición en Español 1989.P: 170, 172.
- 23 Perú. Colegio de Enfermeros. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669. De responsabilidad y Funciones de la Enfermera (o) . Artículo 7º de las Funciones de la Enfermera(o). Lima - Perú. 2002. P129 [consultado el 10 de enero 2015].
- 24 Amaro Cano, María del Carmen. Enfermería sociedad y ética. Aspectos éticos y legales en los servicios de urgencias. Responsabilidad mortal. Editorial ciencias médicas. La Habana. 2009. P: 76, 88

- 25 Nightingale F. Notes on Nursing. What it is and what it is not. New York: Dover Publications, Inc; 1969.
- 26 Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Proceso de atención de enfermería. <http://www.seo.org/valora.htm/agosto2002.1-12>.
<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27>.
- 26 Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1995:5.
- 27 NANDA. *Diagnósticos enfermeros de la NANDA*. Ed. Harcourt. Madrid 1999.
- 28 Luis MT. *Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica*. Rol de Enfermería 1991; 14: 62.
- 29 NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. Eo12-2014. Barcelona. Elaivier. P: 96.
- 30 Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona 1996: 6.
- 31 Morales, JM. (1997): La valoración del enfermo crítico según el nivel de dependencia de enfermería. *Enf. Clínica* .pp. 9-15.
- 32 Rovira, Gil E. (2002): Urgencias en Enfermería. España: DAE Grupo paradigma, Enfermería 21.
- 33 Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochtermann J, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e Intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007.
- 34 Phaneuf, M. (1999): La planificación de los cuidados enfermeros. México: Interamericana McGraw-Hill.
- 35 Iyer, P.; Tapich, B.; Bernocchi-Losey, D. (1993): Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill.

- 36 Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA. Aprueban la NT N° 22-MINSA/DGSP-V.01” Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado” . Disponible http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_med_norm/RM_N776-2004_HISTORIA_CLINICA.pdf. [accedido el 02/01/15]
- 37 Potter, P. Fundamentos de Enfermería teórico y práctico. España. 4ta. ed. Edit. Mosby Doyma. 2004. Mejía L. Registro de Enfermería en la Gestión del cuidado. Lima Callao Consejo Regional III C.E.P. 2000.
- 38 Mejía L. Registro de Enfermería en la Gestión del cuidado. Lima Callao Consejo Regional III C.E.P. 2000.
- 39 Ortiz, O; Chávez, M. El Registro de Enfermería como parte del cuidado. (en línea). Colombia; 2006. Accedido: 03/09/14. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf>
- 40 Carlos Agustín *León Román*. Licenciado en Enfermería. Máster en Enfermería. Profesor Auxiliar de Enfermería. Profesor principal de la asignatura Enfermería en Urgencias. P: 90. Habana. Editorial ciencias médicas. 2008 Cuba.
- 41 Falco SM. Faye Glenn Abdellah. En: George JB. Nursing Theories. The base for professional nursing practice. Englewood Cliffs, NJ. Appleton & Lange. 1985; 129-144.
- 42 Yura H, Walsh M. The nursing process. Norwalk, CT. AppletonCentury-Crofts 1967.

- 43 Lobo ML. Dorothy E. Jonhson. En: George JB. Nursing Theories. The base for professional nursing practice. Englewood Cliffs, NJ. Appleton & Lange. 1985; 113-128.
- 44 Coldwell, G. (1996): Just for the record. Nursing Management. pp.12-13.
- 45 Ureña, V. (1997): Claves para garantizar la calidad de la atención urgente. Rev. Calidad Asistencial; 12.pp.240-258.
- 46 Magistradas Prietas de Romano, G., Chavarro Barreto M. Notas de enfermería; tribunal nacional ético de enfermería. Disponible URL: <http://trienfer.org.co/index.php?Option=com-content&view=article&id=19&Itemid=27> [consultado el 02/01/15].
- 47 PolitT, H. Investigación científica en las ciencias de la salud. Principios y métodos. Sexta edición. Traducido por Roberto Palacios Martínez. EE.UU. 1992. P: 183.
- 48 Sabino, C. Proceso de investigación. Ed. Panapo, Caracas. Publicado también por Ed. Panamericana, Bogotá, y Ed. Lumen, Buenos Aires. New York. EE.UU. 1992 Págs: 43-46 y 73-76.

ANEXOS

ANEXO A

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA ETAPA
TRANSPERATORIA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:.....Edad:.....Sexo:.....HCL:

.....

Fecha de cirugía/hora: Tipo de solicitud: Programada: () Emergencia: ()

Procedencia: Programadas: Medicina () Cirugía () Traumatología () Cirugía Ped ()

Neonatología () Ginecología () Ambulatorio: () UCI () Otros:

Emergencias: Medicina () Emergencia () UCI () Shock Trauma() Cirugía() URPA ().

DX. médico pre-operatorio:.....Operación

Propuesta.....

I.- VALORACION

A: DATOS SUBJETIVOS:

.....

.....

.....

.....

...

1. Antecedentes: Mórbidos:

Alergias:.....HTA:.....TBC:.....DM:.....Hepatitis.....Cirugía.....

2. Estado nutricional: Peso:.....Talla:.....IMC:.....Horas de Ayuno:.....

3. Uso de medicamentos: Antidiabético () antihipertensivo () Anticoagulantes ()

Otros:.....

Suspendido :..... Hora de La ultima toma:.....

4. Exámenes de rutina: Completos () Incompletos () No tiene ().....

5. Otros estudios RX () TAC () RMN () ECO ()

.....

6. Chequeo de Material: Anestesia: Completo () Incompleto () No tiene ()

.....

Cirugía: Completo () Incompleto () NO

tiene:.....

7. Consentimientos: Cirugía:SI () NO () Anestesia: SI () NO () BTB: SI () NO ()

8. Premedicación:Con() Sin() Profilaxis ATB: SI() NO() Riesgo QX:.....Efecto Enema:SI ()No ()

B.- DATOS OBJETIVOS:

9. Estado de Consciencia: Alerta () Somnolienta () Obnubilado () Soporoso ()

Glasgow:.....

10.Estado Pupilar: Miosis() Midriasis() Reactivas() Arreactivas () Isocóricas () Anisocóricas ()

11. Estado de la Piel y mucosas: Piel: Pálida () No Turgente () Limpia () Sucia () Deshidratada ()

Semiseca() Seca () Con herida: Limpia () Sucia () Infeccionada () Mucosas: Secas ()

Semisecas() .

12. Catéteres y Fluídos: Acceso venoso: Central () Periférico () Acceso arterial : SI () NO ()

Dext.5% PP:..... CINA 9% PP:.....

.....

13.Sondas: SNG: () Vesical () Rectal () OTROS ()

)Características:.....

14.Cabeza: Normocefalo () Deformaciones() Heridas ()

Características:.....

15.Drenaje: Kehr () Pen Ross () Tubulares () Características: Seroso ()Serohemático()

)Hemático () Purulento ()Biliar () Fecal() Vendajes MI: SI () NO ()

16.Abdomen: Blando/ Depresible () Distendido () Globuloso () Heridas SI () NO ()

)Tipos:.....

17. Presencia de dolor: si () no () Lugar:.....EVA:

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)

18. Otras Características definitorias: Llanto () Voz Temblorosa () Manos Húmedas () Intranquilo ()
 19. Torax: Normotorax SI () NO () Deformaciones SI () NO () Crepito SI () NO () Sibilancia SI ()
 NO () Estridor SI () NO () Heridas SI () NO ()
 Tipos.....
 20. Miembros: MMII: Edemas () Fractura () MMSS: Edemas () Fracturas ()
 Localización:.....
 21. Tipo de Anestesia: General: Inhalatoria () Endovenosa () Regional () Local () Neuroaxial ()
 22. Intervención Quirúrgica:.....N°
 Quirófano.....
 Equipo Quirúrgico:
 Cirujano:.....Ayudante:.....

Anestesista:.....Instrumentista:.....

II.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

.....

III.- PLAN E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

.....

IV.- EJECUCION

Procedimientos em quirófano:

23. Asepsia zona operatória SI () NO () Antiséptico:.....Rasurado: SI () NO ()
 24. Colocación: SNG SI () NO () SF: SI () NO () Cateter periférico: SI () NO ()
 lugar:.....N°:.....
 25. Uso accesorios: Placa Electro: SI () NO ()
 Ubicación:.....Motores:.....
 26. Posición del Paciente:.....Sujecion mecânica:SI () NO ()
)Partes:.....
 27. Otros: Apoyo a anestesia SI () NO () Apertura: Ropa estéril () Material e instrumental estéril ()
 28. Método esterilización: AC () OET () Otros:..... Nombre y N°
 cajá.....
 29. Tiempos: Inicio de anestesia:.....Inicio Cirugía:.....Termino Cirugía:.....
 Total:.....
 30. Recién Nacido: Vivo:() Natimuerto () Hora
 Nacimiento.....Sexo:.....APGAR:.....
 Color del Líquido
 Amniótico:.....Neonatólogo:.....

31. Control de Signos Vitales:

Hora	PA	FC	FR	SaO2	Hora	PA	FC	FR	SaO2

32. Conteo de Materiales:

Materiales	Nro	Completo	Incompleto	Materiales	Nro	Completo	Incompleto
Gasa 7,5x7,5/Coton				Gasa 48x48			
Gasa 15x50				Pinzas/aguja	/	/	/

33. Pieza operatoria:.....Líquidos/secreciones.....

34. Administración de Medicamentos:

Hora	Medicamento	Dosis	Vía

35. Toma de Muestra: SI () NO () Tipo:.....Inserción Drenajes SI () NO ()

Tipos.....

Implantes: SI () NO () Tipos.....36. Balance

Hídrico: Positivo.....Negativo:.....

Ingresos	Volumen	Egresos	Volumen
Clna 9%		PI por acto operatorio.	
Dextrosa 5%		Sangrado Intra-Operatorio.	
Coloides		Drenajes	
Sangre		Diuresis	
Hemoderivados		Vómitos	
Otros		Deposición	
Total		Total	

37. Otras Intervenciones y/o

procedimiento:.....

.....

V.- EVALUACIÓN:

Objetivo: Alcanzado () No alcanzado () Parcialmente alcanzado ()

.....

Sello y firma de la enfermera

ANEXO B**PROTOCOLO DE USO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA ETAPA PRE INMEDIATA Y TRASOPERATORIA.****IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE DEL PACIENTE: registre los dos nombres y los dos apellidos del paciente.

EDAD: registre edad del paciente en años con números.

SEXO: registre M si es masculino y/o F si es femenino.

N° HISTORIA CLÍNICA: registre número de historia clínica del paciente.

FECHA DE CIRUGÍA: registre día – mes- año y hora de recepción del paciente en quirófano.

TIPO DE SOLICITUD: marque con una X en programada y entre los paréntesis de los servicios que procede SI la solicitud a sido programada un día anterior. O en emergencia si la programación viene autorizada el mismo día por el jefe de guardia.

DIAGNOSTICO MEDICO: Registre la conclusión diagnosticas sea este definitivo o presuntivo

INTERVENCIÓN PROPUESTA: registre el nombre de la intervención quirúrgica.

1. ANTECEDENTES:

- ✓ **MORBIDOS:** Registre el agente alérgeno con una X la información de enfermedades aportados por el paciente.
- ✓ **QUIRUGICOS:** registre la cirugía que el paciente le informe que le han realizado.

2. ESTADO NUTRICIONAL:

- ✓ **PESO:** registre peso el paciente en kilogramos, controlado por usted.
- ✓ **TALLA:** registre la talla del paciente en metros, controlada por usted.
- ✓ **IMC:** registre el índice de masa corporal calculado según fórmula: peso en kilogramos / (talla en metros) al cuadrado.
- ✓ **HORAS DE AYUNO:** registre N° de horas de ayuno

3. USO DE MEDICAMENTOS: registre el nombre y dosis que consume el paciente y la indicación o suspensión de ellos al día de la cirugía.**4. EXAMENES DE RUTINA:**

- ✓ **COMPLETO:** si el paciente tiene todos los exámenes de rutina según norma de la clínica.
- ✓ **INCOMPLETO:** si FALTA y el nombre del examen faltante.
- ✓ **NO TIENE:** si no cuenta con ningún examen.

6.-OTROS ESTUDIOS:

- ✓ **RX:** Si tiene radiografías, registre la cantidad de placas

- ✓ TAC: Si tiene tomografía axial computarizada, registre la cantidad de placas.
- ✓ RMN: Si tiene resonancia magnética nuclear, registre la cantidad de placas.
- ✓ ECO: Si tiene ecografía, registre si es (abdominal, ginecológica, etc.)

7.- CHEQUEO DE MATERIAL:

ANESTESIA:

- ✓ COMPLETO: si el paciente tiene todos los medicamentos y materiales de anestesia, según norma de la clínica.
- ✓ INCOMPLETO: si FALTA y registrar el nombre del faltante.
- ✓ NO TIENE: si no cuenta con ningún medicamento y material.

CIRUGIA:

- ✓ COMPLETO: si el paciente tiene el material de acuerdo a la receta del cirujano, según norma de la clínica.
- ✓ INCOMPLETO: si FALTA y registre el nombre del faltante.
- ✓ NO TIENE: si no cuenta con ningún material.

8.- CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CIRUGIA:

- ✓ Registre SI, cuando el paciente haya firmado el formato de consentimiento de la cirugía.
- ✓ Registre NO, cuando el paciente no haya firmado el documento de consentimiento de la cirugía.

ANESTESIA:

- ✓ Registre SI, cuando el paciente haya firmado el formato autorizando el tipo de anestesia a administrarle.
- ✓ Registre NO, cuando el paciente no haya firmado el documento autorizando el tipo de anestesia a administrarle.

BTB:

- ✓ Registre SI, cuando el paciente haya firmado el documento autorizando realizarle el bloqueo tubarico.
- ✓ Registre NO, cuando el paciente no haya autorizado dicho procedimiento.

9.- OTROS:

PREMEDICACIÓN:

- ✓ Marque una X en CON si ha recibido la pre medicación anestésica.
- ✓ Marque una X en Sin si no ha recibido la pre medicación anestésica.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:

- ✓ Marque con una X en SI, ha recibido antibiótico como profilaxis.

- ✓ Marque con una X en NO, no recibió antibiótico como profilaxis.

RIESGO QUIRURGICO:

- ✓ Registre ASA I, siempre que el paciente no presente alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica.
- ✓ Registre ASAII, si el paciente presenta enfermedad sistémica leve, producida por el proceso que se interviene o por otra patología por ejemplo: HTA y DM bien controlada, asma bronquial, obesidad leve, anemia, tabaquismo, etc.
- ✓ Registre ASA III Paciente con alteración sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: Angor estable, estado pot IAM, HTA mal controlada, obesidad severa, etc.
- ✓ Registre ASA IV, paciente presenta alteraciones sistémicas graves e incapacitante, que constituye una amenaza para la vida. Por ejemplo ángor inestable, ICC, Enfermedad respiratoria incapacitante, fallo heptorrenal.
- ✓ Registre ASA V, paciente moribundo, con pocas posibilidades de supervivencia, sometido a la intervención como único recurso para salvarle la vida.
- ✓ Registre ASA VI paciente donante de órganos para trasplante, en estado de muerte cerebral.

EFCETOS DEL ENEMA:

- ✓ Marque una X en SI, si el paciente presenta efectos post administración.
- ✓ Marque una X en NO, si el paciente no presente efectos post administración.

10.-ESTADO DE CONCIENCIA:

- ✓ ALERTA: Marque una X si el paciente está en estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno.
- ✓ SOMNOLIENTA: Marque una X si el paciente tiene tendencia al sueño, con capacidad de dar respuestas verbales y movimientos con defensivos ante estímulos verbales y dolorosos.
- ✓ OBNUVILADO: Marque una X cuando el paciente tiene mayor tendencia al sueño, con respuesta a estímulos dolorosos
- ✓ ESTUPOR: Marque una X cuando el paciente tiene un despertar incompleto ante estímulos dolorosos.
- ✓ COMA: Disminución del nivel de conciencia con ausencia de respuesta, o respuesta muy pobre ante cualquier tipo de estímulo externo.
- ✓ PUNTAJE GLASGOW: Es el puntaje obtenido de la suma de la respuesta de apertura ocular, verbal y motora.

10.- EVALUACION PUPILAR:

- ✓ Marque con una X en MIOSIS, si el tamaño de la pupila es menor a 2 mm.
- ✓ Marque con una X en Midriasis, si el tamaño de la pupila es mayor a 4 mm.
- ✓ Marque con una X en REACTIVAS, si hay reacción al estímulo.
- ✓ Marque con una X en ARREACTIVAS, si no hay reacción al estímulo.
- ✓ Marque con una X en ISOCORIA, si las dos pupilas son del mismo tamaño.
- ✓ Marque en ANISOCORIA, si una de las pupilas es menor a 2mm o mayor a 4mm.

11.-ESTADO DE LA PIEL Y MUCOSAS:

PIEL:

- ✓ Registre una X en PÁLIDA, si la piel del paciente ha perdido el color normal.
- ✓ Registre una X en NO TURGENTE, si la piel del paciente ha perdido la capacidad de elasticidad.
- ✓ Registre una X en LIMPIA, si la piel del paciente ha sido higienizada.
- ✓ Registre una X en SUCIA, si la piel del paciente se observa con falta de higiene.
- ✓ Registre una X en DESHIDRATADA, si la piel del paciente presenta pérdida de líquido.
- ✓ Registre una X en SEMISECA, si el paciente presenta una piel con escasa pérdida de líquidos.
- ✓ Registre una X en SECA, si la piel del paciente presenta una pérdida de líquidos marcada.
- ✓ Registre una X en HERIDA LIMPIA, si el paciente es portador de una herida limpia.
- ✓ Registre una X, en HERIDA SUCIA, si el paciente es portador de una herida sucia.
- ✓ Registre una X en HERIDA INFECTADA, siempre que el paciente presenta una herida con signos y síntomas de Infección.

MUCOSAS:

- ✓ Registre una X en Secas, si el paciente presente mucosa oral con falta de lubricación.
- ✓ Registre una X en SEMISECAS, si el paciente presenta mucosas orales con escasa lubricación.

12. CATETERES Y FLUIDOS:

ACCESO VENOSO:

- ✓ Marque con una X en central si el paciente es portador de un catéter venoso central.
- ✓ Marque una X en Periférico si el paciente es portador de una catéter venoso periférico

ACCESO ARTERIAL

- ✓ Marque una X en SI, el paciente es portador de una catéter arterial.

FLUIDOS:

- ✓ Registre en Destroza al 5% la cantidad por pasar.
- ✓ Registre en Cloruro de sodio al 9% la cantidad por pasar.

13. SONDAS:

- ✓ Marque una X en SNG, si el paciente es portador de una Sonda nasogastrica y registre las características de la secreción.
- ✓ Marque una X en SF, si el paciente es portador de una Sonda vesical y registre las características de la orina.

14.-EXAMEN DE CABEZA.

- ✓ Marque con una X en NORMOCEFALO, si el tamaño y la forma son normales.
- ✓ Marque con una X en DEFORMACIONES si a la palpación se encuentra deformaciones por presencia de tumores o fracturas.
- ✓ Marque una X en HERIDAS si se observa la presencia de heridas en cara o cuero cabelludo
- ✓ Describa las características de las heridas

15. DRENAJES Y VENDAJES:

DRENAJES:

- ✓ Marque con una X en KERT, si el paciente es portador de este dren.
- ✓ Marque con una X en PEN ROSS, si el paciente porta este tipo de dren.
- ✓ Marque una X en TUBULAR, si el paciente es portador de este dren.
- ✓ Registre las características de los drenajes:
 SEROSO: Liquido claro, poco viscoso y rico en proteínas.
 SEROHEMATICA: El drenaje se ve de color rosa debido a que un pequeño número de células de la sangre se mezclan con el drenaje seroso.
 HEMATICO: El drenaje se ve rojo proveniente de un vaso sanguíneo.

PURULENTO: El drenaje de color amarillo, gris o verde que contiene microorganismos patógenos junto con células blancas, células inflamatorias y bacterias muertas o moribundas.

BILIAR: El líquido drenado contiene bilis, generalmente se presenta en drenajes de colédoco.

FECAL: La secreción contiene resto de fecalitos.

VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES:

- ✓ Registre SI cuando el paciente tiene los miembros inferiores vendados.
- ✓ Registre NO cuando el paciente no tiene los miembros inferiores vendados.

16. EXAMEN DE ABDOMEN

- ✓ Marque una X en BLANDO/DEPRESIBLE si el abdomen si a la ligera presión con los dedos del examinador se deprime
- ✓ Marque con una X en DISTENDIDO, si hay resistencia a la ligera presión
- ✓ Marque un X en GLOBULOSO, si el útero está ocupado por un feto.
- ✓ Marque con una X en HERIDAS, si hay presencia de heridas en el abdomen el tipo de herida.

17. DOLOR:

- ✓ Registre SI cuando el paciente presenta dolor.
- ✓ Registre NO cuando el paciente no presenta dolor.
- ✓ Registre el lugar:
 - CC; si el dolor es en el cuero cabelludo.
 - TX, si el dolor es el tórax.
 - AB, si el dolor es en el abdomen
 - MID, si el dolor es el miembro inferior derecho
 - MII, si el dolor es en el miembro inferior izquierdo
 - MSD, si el dolor es en el miembro superior derecho
 - MSI, si el dolor es en el miembro superior izquierdo.
- ✓ EVA: Registre la cuantificación de la intensidad del dolor: I/10,....10/10.

18. OTRAS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:

- ✓ Registre una X en LLANTO, si el paciente lagrimas en los ojos.
- ✓ Registre una X en VOZ TEMBLOROSA, si el paciente presenta una habla entrecortada por el llanto y / difícil por el paciente.
- ✓ Registre una X en MANOS HUMEDAS, si el paciente presenta manos mojadas por la diaforesis.
- ✓ Registre una X en INTRANQUILO, si el paciente muestra impaciencia, nerviosismo, agitación.

19. EXAMEN DE TORAX:

- ✓ Marque SI, si el paciente tiene un tórax de forma normal
- ✓ Marque NO si la forma del paciente es anormal por ejemplo un tórax en tonel, quilla, cóncavo, etc.
- ✓ Marque en CREPITO, son ruidos cortos , numerosos discontinuos, generalmente durante la inspiración; el ruido se parece al ruido del frotado de pelo.
- ✓ Marque en SIBILANCIA si el paciente presente alguna obstrucción de vías aéreas y en el asma.
- ✓ Marque en ESTRIDOR es un ruido que se escucha a distancia
- ✓ Marque en HERIDAS
- ✓ Describa en TIPOS DE HERIDAS si estas son: lacerantes, penetrantes, cortantes, etc.

20. EXAMEN DE MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES

- ✓ Marca una X en EDEMAS si la paciente presenta síndrome de fóvea.
- ✓ Marca una X en FRACTURAS si el paciente presenta rotura de huesos en alguna parte de la pierna.
- ✓ Marca X en EDEMAS de MMSS, si el paciente presenta signo de fóvea.
- ✓ Marca una X en FRACTURA siempre que el paciente presente rotura de hueso en alguna parte del MMSS desde el hombro hasta la mano.
- ✓ Describa en localización si la fractura es de huesos de MMSS MMII.

21. TIPO DE ANESTESIA:

- ✓ Marque una X en INHALATORIA, si al paciente se le va administrar anestésico tipo Sevoflurano, sevoflurano, Halotano, etc.
- ✓ Marque una X en REGIONAL, si al paciente se le administra anestésico epidural, raquídea y /o bloque de rama.
- ✓ Marque una X, el paciente recibe anestésico vía endovenosa.
- ✓ Marque una X, si el paciente recibe anestésico LOCAL; tipo lidocaína sub cutánea.

22. INTERVENCIÓN QUIRURGICA: Registre nombre de la intervención a realizar EQUIPO QUIRURGICO:

- ✓ QUIROFANO: registre número de quirófano donde se desarrolla cirugía.
- ✓ CIRUJANO: registre nombre y primer apellido del cirujano.
- ✓ AYUDANTES: registre inicial del nombre y apellido.
- ✓ ANESTESISTA: registre inicial del nombre y apellido.
- ✓ INSTRUMENTISTA I: registre nombre y primer apellido de la enfermera instrumentista.
- ✓ INSTRUMENTISTA II: registre nombre y primer apellido de la enfermera circulante.

PROCEDIMIENTOS EN QUIROFANO:

23. ASEPSIA ZONA OPERATORIA:

- ✓ Registre SI cuando haya realizado aseo de la zona operatoria según normas.
- ✓ Registre NO cuando no realice aseo de la zona operatoria.

ANTISÉPTICO:

- ✓ Registre POVIDONA cuando realice el aseo con solución de povidona jabonosa.
- ✓ Registre CLORHEXIDINA cuando realice aseo con solución jabonosa de clorhexidina.

RASURADO:

- ✓ Registre SI cuando realice rasurado de vello según norma.
- ✓ Registre NO cuando no realice rasurado de vello.

24. COLOCACION DE SONDAS Y CATÉTERES:

COLOCACION DE SNG:

- ✓ Registre SI cuando coloque la SNG según norma.
- ✓ Registre NO cuando no coloque la SNG.

COLOCACION DE SONDA FOLEY:

- ✓ Registre SI cuando coloque la SF según norma.
- ✓ Registre NO cuando no coloque la SF.

INSERCIÓN DE CATER PERIFÉRICO:

- ✓ Registre SI cuando haya insertado el CP según norma.
- ✓ Registre NO cuando no haya insertado el CP.
- ✓ LUGAR : Registre los siguientes
 - Registre ATB cuando la vía venosa sea instalada en el antebrazo.
 - Registre B cuando la vía venosa sea instalada en el brazo.
 - Registre MANO cuando la vía venosa sea instalada en la mano.
 - Registre FAC cuando la vía venosa sea instalada en la fosa antecubital.
 - Registre PIE cuando la vía venosa sea instalada en el pie.
 - Utilice D para señalar extremidad superior derecha.
 - Utilice I para señalar extremidad superior izquierda.
- ✓ N° CATER: registre calibre del catéter venoso instalado.

25.USO DE ACCESORIOS.

PLACA ELECTRO:

- ✓ Registre SI cuando el paciente use placa electro quirúrgica.
- ✓ Registre NO cuando el paciente no utilice placa electro quirúrgica.

Para la ubicación de esta registre:

- MD para señalar muslo derecho.
- MI para señalar muslo izquierdo.
- PD para señalar pierna derecha.
- PI para señalar pierna izquierda.
- BD para señalar flanco derecho.
- BI para señalar flanco izquierdo.
- AB para señalar antebrazo derecho.
- AB para señalar antebrazo izquierdo.

MOTORES Y/ O ACCESORIOS:

- ✓ Registre RACK VL cuando utilice rack de video laparoscopia.
- ✓ Registre RACK ART. cuando utilice rack artroscopía.
- ✓ Registre ELB cuando utilice electro bisturí. Especifique con letra M, cuando se utiliza en modo monopolar y con letra B cuando se utiliza en modo bipolar.

26. POSICIÓN QUIRÚRGICA Y SUGECION MECANICA.:

- ✓ Registre DS cuando el paciente este ubicado en decúbito supino sobre la mesa quirúrgica.
- ✓ Registre DP cuando el paciente este ubicado en decúbito prono sobre la mesa quirúrgica.
- ✓ Registre PG cuando el paciente se ubique en posición ginecológica sobre la mesa quirúrgica.
- ✓ Registre DLD cuando el paciente este ubicado en decúbito lateral derecho sobre la mesa de operaciones.(posición de toracotomía)
- ✓ Registre DLI cuando el paciente este ubicado en decúbito lateral izquierdo sobre la mesa de operaciones (posición toracotomía).
- ✓ Registre SI cuando haya realizado sujeción mecánica según norma.
- ✓ Registre NO cuando no se ha realizado la sujeción mecánica.
- ✓ Registre en PARTES: si la sujeción fue de MMII. MMSS, CUERPO.

27. OTROS: APOYO ANESTESIA, APERTURA DE EQUIPOS:

- ✓ Marque con una X si la enfermera circulante apoya al anestesiólogo en la administración de los anestésicos.
- ✓ Marque con una X Si la enfermera circulante apertura los campos quirúrgicos.
- ✓ Marque con una X si la enfermera instrumentista apertura el instrumental quirúrgico.

28. METODO DE ESTERILIZACIÓN Y CONTROL DEL INSTRUMENTAL:

- ✓ Registre AC cuando el método de esterilización sea en autoclave.
- ✓ Registre OET cuando el método de esterilización de las cajas sea oxido de etileno.

NOMBRE, N° DE CAJA Y CANTIDAD.:

- ✓ Registre CM cuando utilice la caja de cirugía menor.
- ✓ Registre VL cuando utilice el set básico de video laparoscopia.
- ✓ Registre CL cuando utilice la caja de cirugía laparoscópica.
- ✓ Registre CI cuando utilice la caja de cirugía infantil.
- ✓ Registre TR cuando utilice la caja de traumatología.
- ✓ Registre AA cuando utilice caja de adenoamigdala.
- ✓ Registre CP cuando utilice caja de cirugía menor.
- ✓ Registre CCC cuando utilice caja de cirugía de cabeza y cuello..
- ✓ Registre CC cuando utilice caja de cirugía cesárea.
- ✓ Registre CHV/ CHA cuando utilice caja de histerectomía.
- ✓ Registre RTU cuando utilice material de urología.
- ✓ Registre en números la cantidad de las pinzas.

29. CONTROL DE TIEMPO OPERATORIO:

- ✓ HORA INICIO ANESTESIA: registre hora exacta en que comienza la inducción anestésica.
- ✓ HORA INICIO CIRUGÍA. Registre hora exacta en que el cirujano comienza a hacer la incisión.
- ✓ HORA DE TERMINO: registre hora exacta en que el cirujano termina de suturar la herida operatoria.
- ✓ TOTAL DE TIEMPO. Registre el tiempo total empleado en la cirugía.

30. RECIEN NACIDO:

- ✓ NACIDO VIVO: extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, independientemente de la edad gestacional, que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- ✓ NATINUERTO: extracción del cuerpo de la madre independientemente de la edad gestacional. La muerte se determina por el hecho de que después de la separación del cuerpo de la madre, el producto de la concepción no respira ni da otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de la contracción voluntaria.
- ✓ HORA NACIMIENTO: Registrar la hora y minuto preciso de la extracción del producto de la concepción.
- ✓ SEXO: Registrar si es masculino M o si es femenino F

- ✓ **APGAR:** Registre el resultado de la evaluación durante el primer minuto de vida del recién nacido. Se evalúa a través de los siguientes criterios.
 - **COLOR DE LA PIEL:** Si está azulado el puntaje será 0, si está pálido 1 y si es normal 2.
 - **FRECUENCIA CARDÍACA:** Si la frecuencia es menor a 100 se evalúa con 0 puntos, si la frecuencia cardíaca es de 100 latidos por minuto será puntuado con 1 punto y si los latidos superan los 100 por minuto la puntuación será de 2 puntos.
 - **IRRITABILIDAD REFLEJA:** Si no hay reacciones al estímulo será de 0 puntos la evaluación, si hace un gesto o mueca de 1 y si reacciona llorando, con tos o estornudando será de 2 puntos.
 - **TONO MUSCULAR:** Si el bebé está flácido será de 0 punto, si realiza algunas flexiones de 1 punto y de 2 puntos si mueve las extremidades con energía,
 - **ESFUERZO RESPIRATORIO:** Si el bebé recién nacido no respira el puntaje es de 0, si tiene una respiración lenta e irregular 1 punto y si tiene una respiración normal 2 puntos.
- ✓ **COLOR DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO:** registre el color del líquido amniótico.
- ✓ **NEONATOLOGO:** Registre la inicial del nombre y el primer apellido.

31. CONTROL DE SIGNOS VITALES

- ✓ **PULSO:** registre frecuencia cardíaca del paciente.
- ✓ **P. ARTERIAL:** registre la presión arterial del paciente, en milímetros de mercurio (mmHg).
- ✓ **TEMPERATURA:** registre temperatura axilar del paciente en grados Celsius (°C).
- ✓ **RESPIRACION.** Registre frecuencia respiratoria del paciente.
- ✓ **SaO₂:** Registre la saturación del oxígeno en el lecho ungueal del paciente.

32. CONTEO MATERIAL EN EL INTRAOPERATORIO.

GASAS COMPRESAS Y COTONES:

- ✓ Registre CHICK en COMPLETO cuando el conteo de GASAS DE 7,5 X 7,5 Y/O COTONES estén correctos.
- ✓ Registre CHICK en INCOMPLETO cuando no corresponde el número de gasas de 7,5 x 7,5 y/o cotones no corresponden al conteo inicial.

GASAS GRANDES:

- ✓ Registre CHICK en COMPLETO cuando el conteo de GASAS DE 15 X 50 estén correctos.

- ✓ Registre CHICK en INCOMPLETO cuando no corresponde el número de gasas de 15X50 no corresponden al conteo inicial.

COMPRESAS:

- ✓ Registre CHICK en COMPLETO cuando el conteo de GASAS DE 48x48 estén correctos.
- ✓ Registre CHICK en INCOMPLETO cuando no corresponde el número de gasas de 48x48 no correspondan al conteo inicial.

AGUJAS Y CORTOPUNZANTE:

- ✓ Registre CHICK en COMPLETO cuando el conteo de AGUJAS Y HOJA DE VISTURI estén correctos.
- ✓ Registre CHICK en INCOMPLETO cuando no corresponde el número de gasas de AGUJAS Y HOJAS DE VISTURI no corresponden al conteo inicial.

33. PIEZA OPERATORIA LIQUIDOS/ SECRECIONES:

- ✓ Registre si la muestra extraída del paciente por el cirujano es Rotulada y entrega al familiar Y/ médico, pasa a URPA. En caso de secreciones se envía a laboratorio.

34. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO:

- ✓ HORA registre la hora en que administra el medicamento
- ✓ MEDICAMENTO registre el nombre del medicamento
- ✓ DOSIS registre la cantidad en grs. del medicamento administrado.
- ✓ VIA registre la vía de administración del medicamento y el lugar.

35. TOMA DE MUESTRAS E INSERCION DE DRENAJES E IMPLANTES:

TOMA DE MUESTRA:

- ✓ Registre SI cuando tome muestras para exámenes de sangre. Especifique cuales son.
- ✓ Registre NO cuando no tome muestras exámenes de sangre.

INSERCION DRENAJES:

- ✓ Registre NO cuando el paciente no tenga instalado ningún dispositivo de drenaje de la herida quirúrgica.
- ✓ Registre HS cuando el drenaje instalado por el cirujano sea del tipo hemosuc.
- ✓ Registre PR cuando el drenaje instalado por el cirujano sea de tipo penrose.
- ✓ Registre GUANTE cuando el drenaje instalado por el cirujano sea del tipo guante.
- ✓ Registre TUBULAR cuando el drenaje instalado por el cirujano sea del tipo tubo goma o polietileno.

IMPLANTES:

- ✓ Registre SI cuando se utilicen implantes en la cirugía. Especifique de qué tipo se trata.
- ✓ Registre NO cuando no se utilicen implantes.

36. BALANCE HIDRICO

- ✓ Registre VOLUMENES DE INGRESO de las diferentes soluciones que recibe el paciente durante el acto operatorio.
- ✓ Registre VOLUMENES DE EGRESO de los diferentes elementos que el paciente ha eliminado durante el acto operatorio.
- ✓ Registre BALANCE HIDRICO POSITIVO siempre que el resultado de la diferencia entre el ingreso y el egreso, el ingreso sea mayor.
- ✓ Registre BALANCE HIDRICO NEGATIVO siempre que el resultado de la diferencia entre el ingreso y egreso este último sea mayor.

37. OTRAS INTERVENCIONES Y/O PROCEDIMIENTO:**RETIRO PRÓTESIS:**

- ✓ Registre el retiro prótesis dental al paciente en pre operatorio.
- ✓ Registre nombre y parentesco con el paciente de la persona a la que entrega la prótesis dental.

INTERCONSULTA:

- ✓ Registre SI cuando solicite interconsulta, consigne nombre del profesional y especialidad.
- ✓ Registre NC cuando no corresponda interconsulta.

AVISO A CIRUJANO:

- ✓ Registre SI cuando avise al cirujano de la solicitud de interconsulta.
- ✓ Registre NC cuando no corresponde.

OTRO PROCEDIMIENTO: registre cualquier otro procedimiento de enfermería realizado al paciente.

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA**ALERGIAS:**

- ✓ Medicamentos
- ✓ Alimentos
- ✓ De contacto
- ✓ Vasoconstrictores
- ✓ Látex
- ✓ Polen

ANTECEDENTES MORBIDOS:

- ✓ Diabetes.
- ✓ Gastritis
- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ Reflujo gastro esofágico
- ✓ Angina
- ✓ Colon irritable
- ✓ Infarto
- ✓ Coagulopatias
- ✓ Anemias
- ✓ Convulsiones
- ✓ Jaqueca
- ✓ Epilepsia
- ✓ Bronquitis
- ✓ Asma

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ✓ Padres
- ✓ Hermanos

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y ANESTESICOS:

- ✓ Cirugías
- ✓ Anestesia
- ✓ Fecha
- ✓ Complicaciones

USO DE MEDICAMENTOS:

- ✓ Anticoagulante
- ✓ Antiarrítmicos
- ✓ Antidepresivos
- ✓ Hipoglicemiantes
- ✓ Antihipertensivos
- ✓ Aspirina
- ✓ Otros

EXAMENES DE RUTINA: (EN PACIENTES SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL).

- ✓ Hemograma
- ✓ Creatinina
- ✓ Glicemia
- ✓ Tpo. Protrombina
- ✓ TTPK
- ✓ Clasificación sanguínea

- ✓ ECG en pacientes

OTROS ESPECIFICOS SEGÚN SU DIAGNÓSTICO:

- ✓ Ecografía en legrado, colecistectomía y tiroidectomía.
- ✓ RX, TAC, RMN en pacientes traumatológicos

ANEXO C

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO

ESCUELA DE POST GRADO.



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título. Efectividad de la aplicación de un registro de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería en el mejoramiento de la calidad de notas de enfermería en quirófano, HNSEB. Lima. 2015.

Objetivo: Determinar la efectividad del registro en el mejoramiento de la calidad de las notas de enfermería, en quirófano de Marzo a mayo del 2015.

Instrucciones: La presente ficha será llenada con información extraída de las historias clínicas (notas de enfermería). Se debe marcar al lado derecho de los enunciados según corresponda: **SI:** si las acciones del enunciados se encuentran en las notas de enfermería. **NO:** si las acciones del enunciado no se encuentran registradas en las notas de enfermería.

		Estructura	S	N	Observaciones
			I	O	
Continua	1	Registra la fecha y hora de recepción del paciente			
	2	Refleja orden.			
	3	Mantengan orden cronológico.			
Significativa	4	Anota signos y síntomas del paciente.			
	5	No deja líneas en blanco.			
	6	Registrar el balance hídrico.			
	7	Registrar las cifras de las funciones vitales.			
	8	Informar sobre el tratamiento administrado.			
	9	Mencionar procedimientos especiales realizados al paciente durante el intraoperatorio.			
Precisión	10	Coloca Nombre y Apellido del paciente.			
	11	Coloca Número de Historia Clínica.			
	12	Registra de qué servicio viene.			
	13	No de cama.			
C	16	La letra es legible.			

	17	La redacción es correcta.			
	18	Refleja Presentación.			
	19	Uso de abreviaturas no oficiales.			
	20	Usa color de lapicero oficial de acuerdo al turno.			
No Error	21	Presenta enmendadura.			
	22	Presenta tacha.			
Responsable	23	Coloca Firma.			
	24	Coloca sello.			

		Ítems- Contenido	SI	NO	Observaciones
valoración	25	Obtiene datos subjetivos del paciente			
	26	Obtiene datos objetivos del paciente.			
	27	Evalúa las esferas del comportamiento humano			
Diagnostico	28	Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.			
	29	Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, potencial, promoción.			
Planearmi ento	30	Planea la atención de enfermería de acuerdo a sus diagnósticos.			
	31	Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología (NIC).			
Ejecución	32	Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada (dosis, vía, hora).			
	33	Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE.			
n Evaluació	34	Evalúa las internaciones en base a los resultados esperados (NOC).			
	35	Evalúa las internaciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente			

ANEXO D

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO

ESCUELA DE POST GRADO



ESCALA DE CALIFICACION DE EXPERTOS PARA VALIDAR LA FICHA DE RECOJO DE INFORMACION (NOTAS DE ENFERMERIA) DEL LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN QUIROFANO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES. MESES MARZO Y ABRIL. CUESTIONARIOS PARA LOS JUECES

Estimados señores Expertos.

El presente cuenta con cinco criterios que conforman la escala de calificación de un registro a implementarse en quirófano durante la atención a pacientes en el intraoperatorio.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento (ficha) recoge información que permite dar respuesta al problema del estudio.			
2	El instrumento propuesto responde al (los) objetivo (s) de estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuada			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable			
5	La secuencia presentada facilita el recojo de los datos de las historias clínicas.			
6	Los ítems son claros y entendibles.			
7	El número de ítems es adecuado para recoger los datos del proceso de atención de enfermería.			

ANEXO E

PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE LOS JUECES

1.-Al no conseguir las respuestas de los ocho jueces para hacer la prueba binomial, se ha procedido a calcular el porcentaje de acuerdo entre los jueces' ⁴ de la siguiente manera:

Ítems	Juez-1	Juez-2	Juez-3	Juez-4	Juez-5
1	1	1	1	1	1
2	1	0	1	1	1
3	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1
5	0	1	1	1	1
6	1	1	1	0	0
7	1	1	0	1	1

0: Respuesta desfavorable

1: respuesta favorable

Tenemos un total de 35 respuestas (7 ítems x 5 jueces) de las cuales 30 son "1". Aplicamos la siguiente fórmula, donde:

"b"= Grado de concordancia entre jueces; "Ta"= N° total de acuerdos; "Td"= N° total de desacuerdos.

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{30}{35} \times 100$$

$$b = 85,71\%$$

El resultado es que el 85,71 % de las respuestas de los jueces concuerdan.

ANEXO G

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACION

Título del proyecto: Efectividad de la aplicación de un registro de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería en el mejoramiento de la calidad de notas de enfermería en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E Bernales. Lima. 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
<p>P. General</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la aplicación de un registro de enfermería basado el proceso de atención de enfermería en el mejoramiento de la calidad de las anotaciones de enfermería en quirófano a pacientes adultos de todas las especialidades, durante los meses de Marzo y Abril en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015?</p>	<p>O. General</p> <p>Determinar la efectividad de la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería en el mejoramiento de la calidad de las anotaciones de enfermería, en quirófano a pacientes adultos programados de todas las especialidades, en los meses de Marzo y Abril, en el</p>	<p>H. General</p> <p>H_i: Con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras mejorarán la calidad de las anotaciones de enfermería, apacientes adultos en quirófano en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.</p> <p>H_o: Con la aplicación de un registro basado en el proceso de atención de enfermería, las enfermeras no mejoraran las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en</p>	<p>V.I.</p> <p>Registro de Enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería</p>	<p>Elaboración: Identificación</p> <p>Valoración</p> <p>Diagnostico</p> <p>Planificación</p> <p>Ejecución</p> <p>Evaluación</p>	<p>Nombres y apellidos del paciente Edad, Sexo, N° Historia clínica Fecha de la cirugía, Tipo de solicitud Servicio de procedencia. Diagnostico medico preoperatorio. Operación propuesta.</p> <p>Datos Subjetivos Producto de la entrevista</p> <p>Datos Objetivos Producto del examen físico</p> <p>Datos del análisis e identificación del o los problemas.</p> <p>Datos de toma de decisiones, objetivos e intervenciones priorizados.</p> <p>Datos de intervenciones de enfermería para señalar / o describir.</p> <p>Datos del logro de objetivos</p>	<p>Cualitativa interpretativa</p> <p>Cuasi experimental</p>	<p>Prueba estadística</p> <p>Pre y post prueba de</p>
<p>P. Específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de la estructura de las anotaciones de enfermería antes y después de aplicar el registro de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería en quirófano a pacientes adultos de todas las especialidades, durante el mes de Marzo en el Hospital Sergio E. Bernales.</p>	<p>Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015?</p> <p>Identificar el nivel de la estructura de las anotaciones de enfermería en quirófano, antes y después de la aplicación del registro basado en el proceso de atención de enfermería, durante el mes de Marzo en el Hospital</p>	<p>quirófano, en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015.</p> <p>H₁Con la aplicación del registro se mejorara la estructura de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015</p> <p>H_o: Con la aplicación del registro no se mejorara la</p>		<p>Estructura</p>	<p><u>Continua:</u> -Registrar la fecha y hora de recepción -Refleja orden -Mantengan orden cronológico <u>Significancia:</u> -Anota signos y síntomas del paciente, -Realizar el plan de cuidados. -Realizar la evaluación del plan de cuidado. -No deja líneas en blanco -Registrar el balance hídrico. -Registrar las cifras de las funciones</p>		<p>Pre y post prueba de</p>

<p>Lima. 2015?</p> <p>¿Cuál es el nivel del contenido de las anotaciones de enfermería antes y después de la aplicación del registro basado el proceso de atención de enfermería, en el mejoramiento de la calidad de anotaciones de enfermería en quirófano a pacientes adultos programados de todas las especialidades, durante el mes de Abril en el Hospital Sergio E Bernales. Lima. 2015?</p>	<p>Nacional Sergio E Bernales de lima. 2015.</p> <p>Identificar el nivel del contenido de las anotaciones de enfermería en quirófano, antes y después de la aplicación del registro basado en el proceso de atención de enfermería, durante el mes de Marzo en el Hospital Nacional Sergio E Bernales de lima. 2015.</p>	<p>estructura de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015.</p> <p>H₁ Con la aplicación del registro se mejorara el contenido de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015</p> <p>H₀: Con la aplicación del registro no se mejorara el contenido de las anotaciones de enfermería a pacientes adultos en quirófano, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Lima. 2015.</p>	<p>V.D.</p> <p>Mejoramiento de la calidad de las anotaciones de enfermería.</p>	<p>vitales.</p> <p>-Informar sobre el tratamiento administrado</p> <p>-Mencionar procedimientos especiales realizados al paciente durante el intraoperatorio.</p> <p><u>Precisión:</u></p> <p>-Coloca Nombre y Apellido del paciente</p> <p>-Coloca Número de Historia Clínica</p> <p>-Registra de que servicio viene</p> <p>- No de cama</p> <p>-Registra la hora de la intervención.</p> <p><u>Comprensible:</u></p> <p>- La letra es legible</p> <p>-La redacción es correcta</p> <p>-Refleja Presentación</p> <p>- Uso de abreviaturas no oficiales</p> <p>- Usa color de lapicero oficial de acuerdo al turno.</p> <p><u>Libre de errores:</u></p> <p>-No presenta enmendadura</p> <p>-No presenta tacha</p> <p><u>Responsable de las notas:</u></p> <p>-Coloca Firma</p> <p>-Coloca sello</p>	<p>Cuasi experimental</p> <p>Cuasi Experimental</p> <p>Valoración</p> <p>-Obtiene datos objetivos del paciente.</p> <p>-Obtiene datos subjetivos del paciente</p> <p>-Evalúa las esferas del comportamiento humano</p> <p>-Registra datos obtenidos aplicando modelos y/o teorías de enfermería.</p> <p>Diagnostico</p> <p>-Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.</p> <p>-Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, potencial, promoción</p> <p>Planeamiento</p> <p>-Planea la atención de enfermería de acuerdo a sus diagnósticos.</p> <p>-Establece prioridades en el orden a los cuidados a brindar.</p>	<p>calidad de anotaciones de enfermería</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p> <p>Pre y post test de calidad de</p>
---	--	---	--	---	---	--

					<p>-Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología (NIC). -Establece los resultados esperados en base al problema</p> <p><u>Ejecución</u></p> <p>-Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna. -Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE</p> <p><u>Evaluación</u></p> <p>-Evalúa las internaciones en base a los resultados esperados (NOC). -Evalúa las internaciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.</p>	<p>anotaciones de enfermería</p> <p>Bueno Regular Malo</p>
--	--	--	--	--	--	--

Investigador: Mg. Bidelmina Maruja Quiñones Córdova

ANEXO H

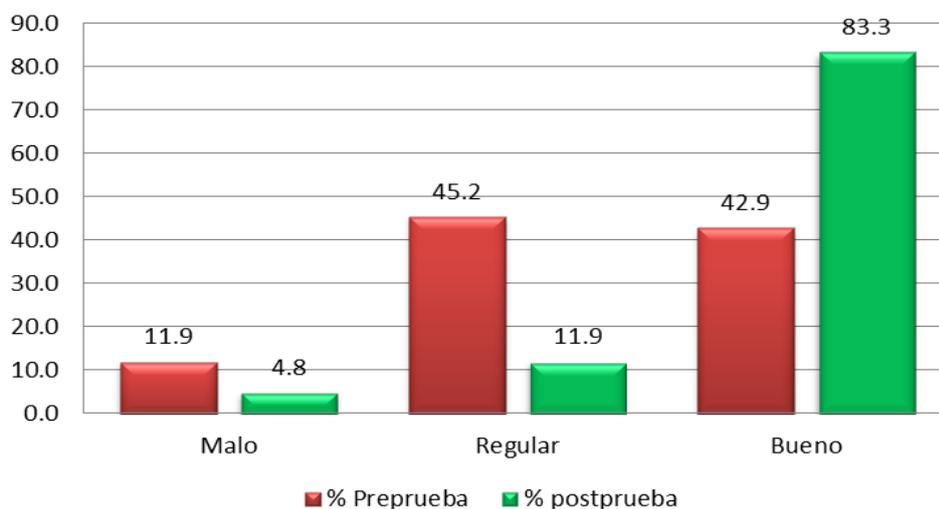
RELACION DE DIGNOSTICOS DE ENFERMERIA, NOC Y NIC MÁS USADAOS EN LA ETAPA PRE INMEDIATA Y TRASNOPERATORIA

Códigos	Diagnósticos (NANDA)	Códigos	Planificación (NOC) (objetivos)	Códigos	Ejecución(NIC)
00029	Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la FC, alteración del ritmo cardiaco.	0405 0413	Perfusión tisular cardiaco Severidad de la perdida	4020 4180	Disminución de hemorragia Manejo de la hipovolemia.
00128	Confusión aguda	0912	Estado neurológico	4820	Orientación de la realidad
00146	Ansiedad r/c cambios en: entorno, estado de salud, amenaza de muerte m/p inquietud, expresión de preocupación, angustia, nerviosismo, voz temblorosa, sequedad bucal.	1402	Control de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad
00147	Ansiedad ante la muerte	1307	Muerte digna	5260	Cuidados en la agonía
00148	Temor r/c falta de familiaridad con el entorno o experiencia, separación del sistema de soporte, efectos de anestesia. m/p aumento del estado de alerta, sequedad bucal	1404	Control del miedo	4920 5270	Escucha activa Apoyo emocional
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c complicaciones por fracturas, cirugía ortopédica, comprensión mecánica	0407	Perfusión tisular: periférica	4066	Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c sustancias químicas, humedad, factores mecánicos.	1902 1101	Control del riesgo Integridad tisular.	3540 3590	Prevención de UPP Vigilancia de la piel
00004	Riesgo de infección r/c Destrucción tisular y aumento de la exposición tisular, alteración de las defensas primaria,	1902 0702	Estado de infección Estado inmune	6540 6550	Control de infecciones durante la cirugía. Protección contra infecciones
00035	Riesgo de lesión r/c perfil sanguíneo anormal.	1902	Control del riesgo	6650	Vigilancia: seguridad
00087	Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteraciones sensitivo-perceptivas debidas a la anestesia y la inmovilización.	0407	Perfusión tisular periférica	2920	Precauciones quirúrgicas Posición quirúrgica designada
00155	Riesgo de caídas r/c agitación psicomotora debido a efectos de la anestesia.	1908	Detectar riesgo de caídas	6490 6580 6654	Prevención de caídas Sujeción física Vigilancia: seguridad
00039	Riesgo de aspiración r/c disminución del reflejo de deglución.	1918	Control de la aspiración	3200	Precauciones para evitar la aspiración.
00205	Riesgo de Shock r/c perdidas activas de sangre y fluidos corporales.	0414	Estado cardiopulmonar	4260	Prevención del shock.
00206	Riesgo de sangrado r/c atonía uterina, cuagulopatias	0401	Estado circulatorio	4010	Prevención de la hemorragia
00219	Riesgo de ojo seco r/c falta de parpadeo espontaneo por	1927		1608	Detección del riesgo de ojo

	disminución de la conciencia		Control del riesgo de ojo		seco
00217	Riesgo de respuesta alérgica r/c efectos adversos a medicamentos.	1902	Control del riesgo.	6412	Prevenir la anafilaxia
00007	Hipertermia r/c efectos adversos a anestésicos m/p rubor, calor al tacto, aumento T °c por encima del rango normal.	0800	Termorregulación	3740	Tratamiento de la fiebre
00006	Hipotermia r/c reducción de la capacidad para temblar, disminución de la tasa metabólica, exposición a un entorno frío, medicamentos m/p temperatura corporal por debajo de lo normal.	0800	Termorregulación	3800	Tratamiento de la hipotermia
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c fármacos, sedantes y TC° del quirófano	0800	Termorregulación	3902	Regulación de la temperatura Intraoperatoria.
000132	Dolor r/c proceso quirúrgico m/p alteración del tono muscular, gestos de protección, informe verbal, expresiones orales y faciales, diaforesis.	1605	Control del dolor	2210	Administración de analgesia
00134	Nauseas r/c distensión gástrica, fármacos/p expresa tener nauseas, sensación nauseosa, aumento de salivación.	1618	Control de las Nauseas y vómito.	1450 1570	Manejo de nauseas Manejo del Vómito

FIGURA N° 04

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y CARACTERISTICA CONTINUA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



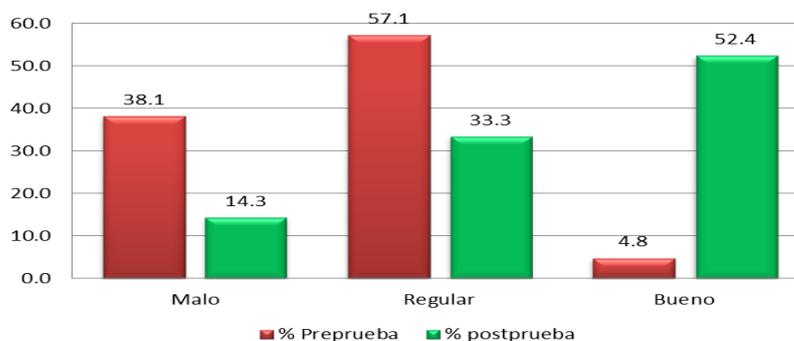
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	5	11.9	2	4.8
Regular	19	45.2	5	11.9
Bueno	18	42.9	35	83.3
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica continua)

En el cuadro y grafica N° 04, refleja los niveles en cuanto a su característica continua; registro de fecha y hora de recepción del paciente, orden cronológico. Podemos visualizar en la preprueba que 11,9% se ubican en el nivel Malo, 45,2% en el nivel regular y 42,9% en el bueno. En postprueba se observa que 4,8% se ubican en el nivel malo, seguido de 11,9% en el nivel regular y 83,3% en el nivel bueno.

FIGURA N°5

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y CARACTERISTICA SIGNIFICATIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



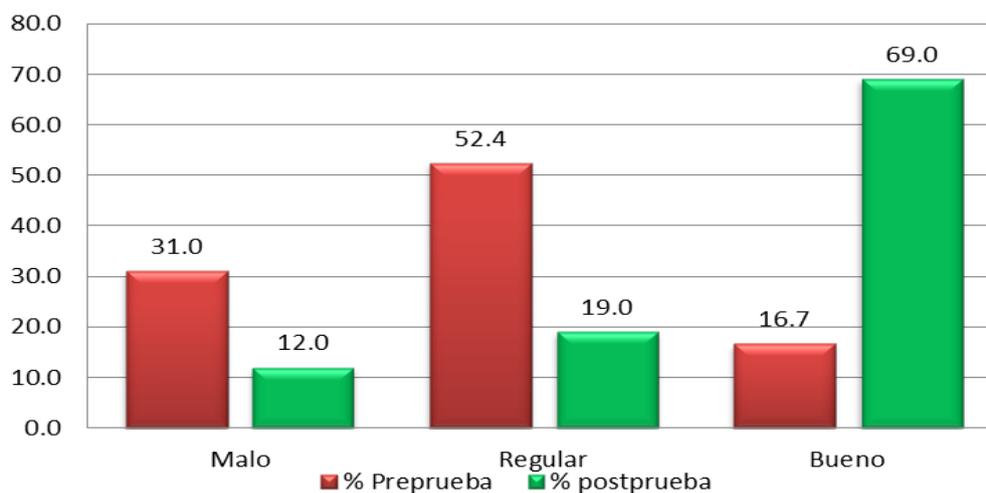
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	16	38.1	6	14.3
Regular	24	57.1	14	33.3
Bueno	2	4.8	22	52.4
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica significativa)

En la gráfica y cuadro N° 05, refleja los niveles en cuanto a característica significativa; Anota signos y síntomas del paciente, deja líneas en blanco, registra balance hídrico, registra cifras de las funciones vitales, informa sobre tratamiento administrado y menciona procedimientos especiales al paciente. Se visualiza en la preprueba que el 38,1% se ubican en el nivel Malo, 57,1 % en el nivel regular y 4,8% en el bueno. En postprueba se encuentra que 14,3% se ubican en el nivel malo, 33,3% en el nivel regular y 52,4 % en el nivel bueno.

FIGURA N°6

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y CARACTERISTICA PRECISIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



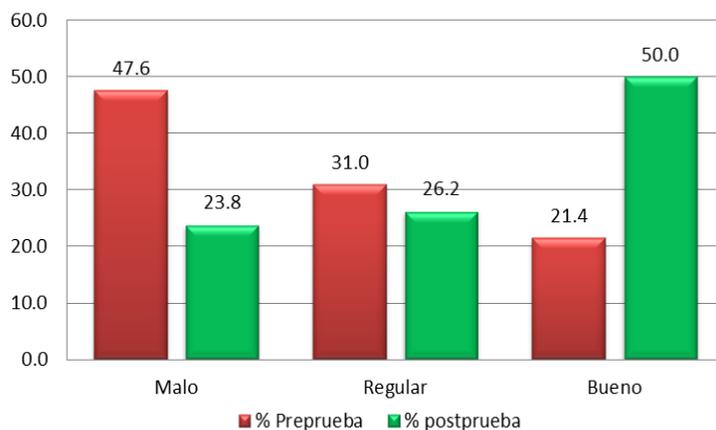
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	13	31.0	5	11.9
Regular	22	52.4	8	19.0
Bueno	7	16.7	29	69.0
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica precisión)

En la gráfica y cuadro N° 06, refleja los niveles en cuanto a característica precisión; Coloca nombres, apellidos y número de la historia clínica, registra de qué servicio viene, registra el número de cama, registra la hora de inicio y de termino de la operación. Se evidencia en la preprueba que el 31,0 % se ubican en el nivel Malo, 52,4% en el nivel regular y 16,7% en el bueno. En postprueba se encuentra que 12,0% se ubican en el nivel malo, 19,0% en el nivel regular y 69.0% en el nivel bueno.

FIGURA N°7

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y CARACTERISTICA COMPENSIBILIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



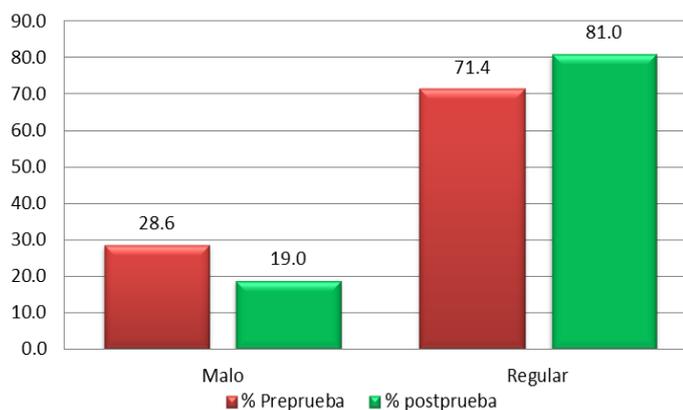
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	20	47.6	10	23.8
Regular	13	31.0	11	26.2
Bueno	9	21.4	21	50.0
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica comprensible)

Según la gráfica y cuadro N° 07, refleja los niveles en cuanto a característica comprensible; La letra es legible, la redacción es correcta y refleja presentación, usa abreviaturas oficiales y usa color de lapicero oficial de acuerdo al turno. Se tiene en la preprueba que el 47,6% se ubican en el nivel Malo, 31,0% en el nivel regular y 21,4% en el bueno. En postprueba se encuentra que 23,8 % se ubican en el nivel malo, 26,2% en el nivel regular y 50,0% en el nivel bueno.

FIGURA N°8

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y CARACTERISTICA NO ERROR EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



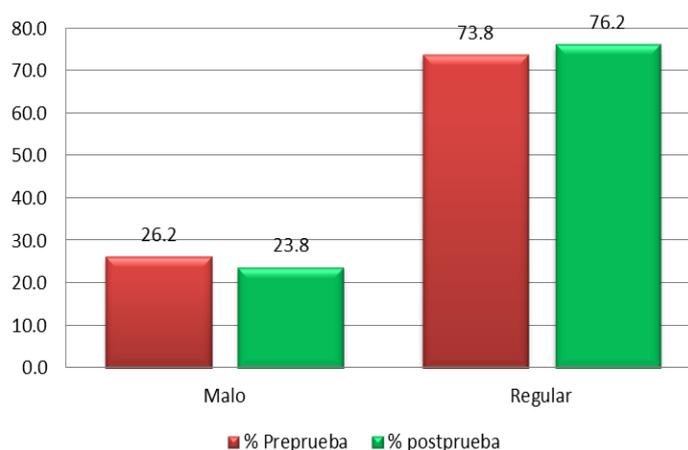
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	12	28.6	8	19.0
Regular	30	71.4	34	81.0
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica No error)

Con respecto a la grafica y cuadro N° 08, refleja los niveles en cuanto a característica No error; Presenta enmendadura y tacha. Se obtiene en la preprueba que el 28,6 % se ubican en el nivel Malo, 71,4% en el nivel regular. En postprueba se encuentra que 19,0% se ubican en el nivel malo y 81,0 % en el nivel regular.

FIGURA N°9

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y CARACTERISTICA RESPONSABILIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



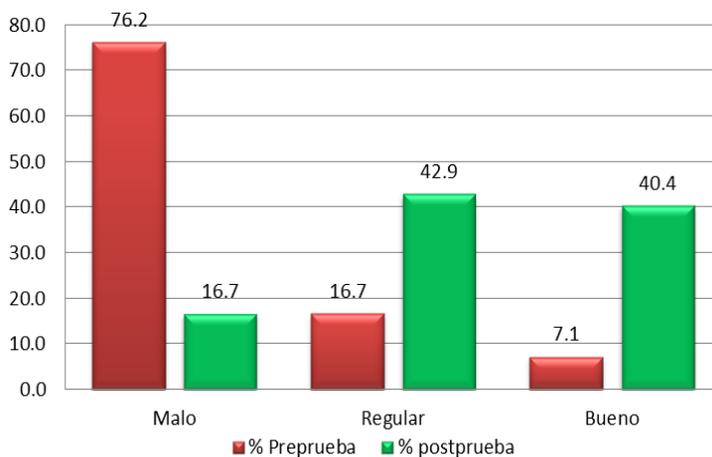
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	11	26.2	12	28.6
Regular	31	73.8	30	71.4
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica responsabilidad)

Según la grafica y cuadro N° 09, refleja los niveles en cuanto a característica responsabilidad; Coloca Firma y sello. Se observa en la pre prueba que el 26,2% se ubican en el nivel Malo, 73,8% en el nivel regular. En post prueba se encuentra que 23,8% se ubican en el nivel malo y 76,2 % en el nivel regular.

FIGURA N°10

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN CONTENIDO Y CARACTERISTICA VALORACION EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



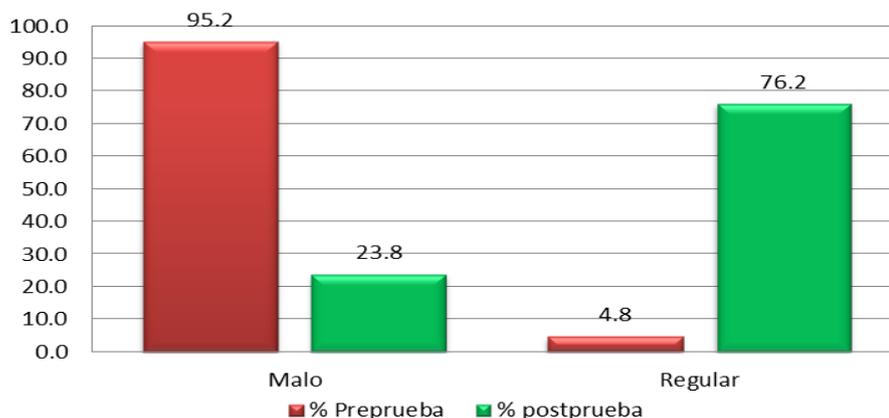
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	32	76.2	7	16.7
Regular	7	16.7	18	42.9
Bueno	3	7.1	17	40.5
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica Valoración)

En la grafica y cuadro N° 10, refleja los niveles en cuanto a característica Valoración; Obtiene datos subjetivos y objetivos del paciente, evalúa las esferas del comportamiento humano. Se evidencia en la preprueba que el 76,2% se ubican en el nivel Malo, 16,7% en el nivel regular y el 7,1% en el nivel bueno. En postprueba se encuentra que 16,7 % se encuentran en el nivel malo, 42,9% y 40,4% en el nivel bueno.

FIGURA N°11

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN CONTENIDO Y CARACTERISTICA DE DIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



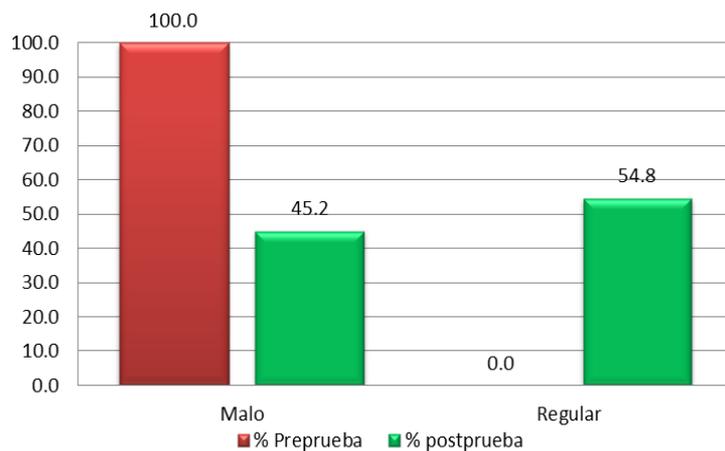
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	40	95.2	10	23.8
Regular	2	4.8	32	76.2
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica Diagnóstico)

En la grafica y cuadro N° 11, refleja los niveles en cuanto a característica Diagnostico; Formula adecuadamente los diagnósticos y utiliza etiquetas diagnosticas del NANDA. Podemos observar en la preprueba que el 95,2% se ubican en el nivel Malo, y el 4,8% 16,7% en el nivel regular. En postprueba se tiene que 23,8% se encuentran en el nivel malo, y el 76,2% en el nivel regular.

FIGURA N°12

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN CONTENIDO Y CARACTERISTICA PLANEAMIENTO EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



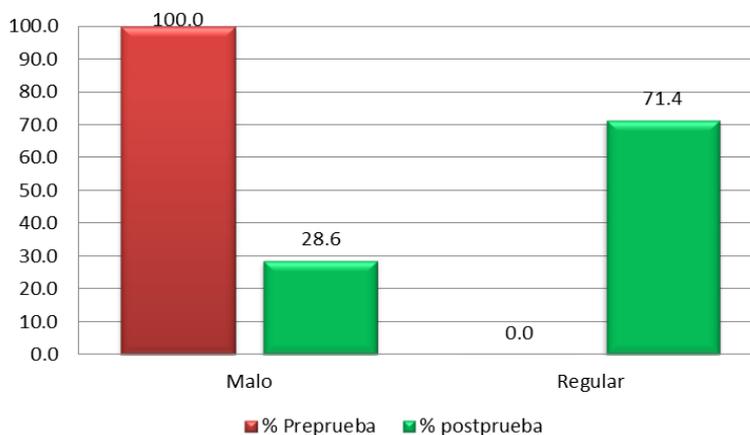
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	42	100.0	19	45.2
Regular	0	0.0	23	54.8
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica Planteamiento)

En la grafica y cuadro N° 12, refleja los niveles en cuanto a característica Planteamiento; Planea la atención de enfermería de acuerdo a sus diagnósticos, y establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. Podemos observar en la preprueba que el 100.0% se ubican en el nivel Malo. En postprueba se visualiza que 45,2 % se encuentran en el nivel malo, y el 54,8% en el nivel regular.

FIGURA N°13

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN CONTENIDO Y CARACTERISTICA EJECUCIÓN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



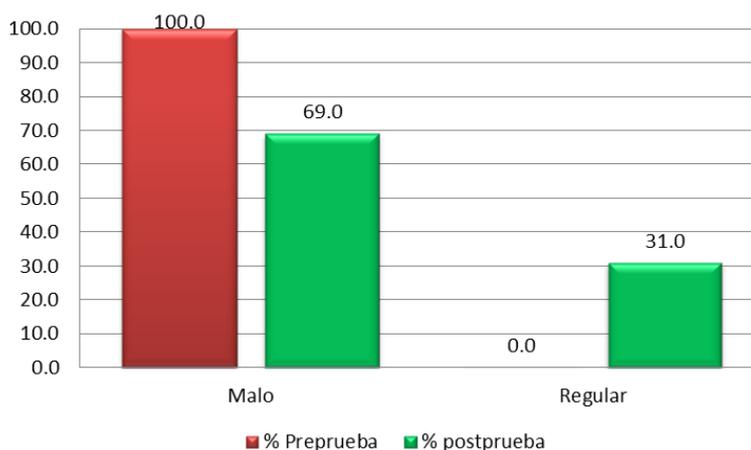
	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	42	100.0	12	28.6
Regular	0	0.0	30	71.4
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica Ejecución)

Según la grafica y cuadro N° 13, refleja los niveles en cuanto a característica ejecución; Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE. Podemos observar en la preprueba que el 100.0% se ubican en el nivel Malo. En postprueba se visualiza que 28,6% se encuentran en el nivel malo, y el 71,4% en el nivel regular.

FIGURA N°14

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA EN QUIROFANO CON PRE Y POSTPRUEBA EN SU DIMENSIÓN CONTENIDO Y CARACTERISTICA EVALUACION EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E BERNALES. JULIO Y AGOSTO. 2015.



	Preprueba		Postprueba	
	fi	%	fi	%
Malo	42	100.0	29	69.0
Regular	0	0.0	13	31.0
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario (característica Evaluación)

Según la grafica y cuadro N° 14, refleja los niveles en cuanto a característica Evaluación; evalúa las intervenciones en base a los resultados esperados y evalúa las intervenciones en base a la evolución del estado del paciente. Podemos observar en la preprueba que el 100.0% se ubican en el nivel Malo. En postprueba se visualiza que 69.0 % encuentran en el nivel malo, y el 31,0% en el nivel regular.