



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN
PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
ENFERMERÍA PRESENTA**

L.E.Q. AZUCENA LIZALDE HERNANDEZ.

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DIAZ.

COAUTORA:

DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA.

MORELIA MICHOACAN, DICIEMBRE 2008

I ACTA DE REVISIÓN

La Dra. Ma del Carmen Montoya Díaz Profesor e Investigador Titular “A” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como directora de tesis de maestría

CERTIFICA

que ha dirigido el trabajo de Tesis titulado “Validación de un instrumento de registros de Enfermería durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio” elaborado por Azucena Lizalde Hernández Licenciada en Enfermería, y que será presentado como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ma. Del Carmen Montoya Díaz
Profesor de Tiempo Completo Titular “A”
Facultad de Enfermería de la UMSNH
Presidenta
Firma _____

M.C. Josefina Valenzuela Gandarilla
Profesor e Investigador Asociado “B”
Facultad de Enfermería UMSNH
Vocal
Firma _____

Dra. María Teresa Cuamatzi Peña.
Profesor de Tiempo Completo Titular “A”
de la Facultad de estudios Superiores
Zaragoza UNAM.
Vocal
Firma _____

Dra. Ma. Elizabeth Medina Castro
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH
Vocal
Firma _____

M.E. y A.S. Martha I. Izquierdo Puente
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH
Vocal
Firma _____

L.E.Q. AZUCENA LIZALDE HERNANDEZ

**II VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE
ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO,
TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO**

Tesis presentada al programa de Posgrado en
Enfermería de la Facultad de Enfermería de la
Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo para obtener el grado de Maestra.
Línea de investigación: Cuidado de
Enfermería
Cuerpo Académico: Estilo de vida.
Directora: Dra. Ma del Carmen Montoya Díaz.

UMSNH
2008.

III JURADO

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO

Dra. Ma. Del Carmen Montoya Díaz
Presidenta

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

M. C. Josefina Valenzuela Gandarilla
1er. Vocal

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. María Teresa Cuatmazi Peña
2°. Vocal

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Ma. Elizabeth Medina Castro
3er. Vocal

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

MEYAS. Martha Isabel Izquierdo Puente
4°. Vocal

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

IV RESUMEN

Lizalde H. A. Validación de un instrumento de registros de enfermería periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio

Objetivo, validar un formato de registros de enfermería durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. **Metodología** fue una investigación, descriptiva, transversal, prospectiva, con muestra no probabilística por conveniencia de 27 sujetos, de los tres turnos, formando un grupo de enfermeras proporcionaron y registraron cuidados en la nueva hoja de registros clínicos, durante el perioperatorio. Se diseñó el instrumento (hoja de registros de enfermería). Capacitando a 27 enfermeras, que firmaron el consentimiento informado, explicándoles la estructura del instrumento, de acuerdo al instructivo de llenado. La **Validación: De Constructo**. Sustentado en el modelo teórico de Betty Neuman, identificando factores estresantes, se estableció y especificó la relación teórica entre los conceptos. **Validación de contenido**, estableciendo el diagnóstico de ansiedad, según la NANDA, NIC y NOC, se implementó durante el perioperatorio; dentro del grupo de trabajo se seleccionaron 9 enfermeras al azar, tres de cada turno y de estas una en cada periodo, con el criterio que toda enfermera recién egresada, con menos experiencia laboral, y la más experta con mayores conocimientos y habilidades, pudieran aplicar el instrumento. **Validación de criterio**. Seleccionando otras 9 enfermeras de igual forma que las anteriores, realizaron el registro en el instrumento aplicado a pacientes programados para tratamiento quirúrgico, durante el **preoperatorio** el instrumento se aplicó en pacientes para laparotomía, craneotomía y resección de nódulo mamario. En el **transoperatorio**, a pacientes que estaban siendo intervenidos de cesárea, reducción de fractura de fémur y apendicetomía abierta. En el **posoperatorio** a pacientes de trasplante renal, colecistectomía laparoscopia y rinoplastia. **Validación por expertos**. Enfermeras quirúrgicas y docentes del área asistencial durante el perioperatorio y expertas en el manejo de las

taxonomías NANDA, NOC Y NIC. **Actitud de las enfermeras**, posteriormente a la utilización del instrumento, se aplicó una entrevista estructurada, para medir la actitud de 27 enfermeras hacia la nueva hoja de registros de enfermería. Fue importante para pronosticar si el proyecto tendrá éxito, al continuar con la implementación de la hoja de registros clínicos de enfermería en un hospital.

Palabras clave: Modelo de sistemas de Betty Neuman, taxonomías NANDA NOC, NIC, periodos preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, normas y registros de enfermería.

V SUMMARY

LIZALDE H. A. Validation of a nursing record instrument for preoperative, intraoperative and postoperative phases. Objective: To validate a registration nursing format for the preoperative, intraoperative and postoperative phases. **Methodology:** The investigation was descriptive, transversal, prospective, with a sample non probabilistic by convenience of 27 subjects from the three shifts, which create a group of nurses that recorded the nursing care given during the perioperative phase in the new clinical registration sheet. The instrument (Nursing Clinical Record Sheet) was designed and 27 nurses were capacitated, who signed the informed consent, explaining to them the instrument's structure according to the filling instructive. **Validation of construct:** Sustained by Betty Neuman's theoretical model, stressing factors were identified; it was specified and established the theoretical relation between concepts. **Validation of content:** Establishing the anxiety diagnostic, according to NANDA, NIC and NOC, implemented during the perioperative phase; within the work group nine nurses were selected at random, three from each shift and from these one for every phase, with the criteria of every nurse, from the most labor inexperienced recently graduates to the most experienced,

knowing and skilled, could apply the instrument equally. **Validation of criteria:** Selecting another nine nurses in the same fashion that before, they carried on the record on the instrument applied to programmed patients for surgery treatment; during the preoperative phase the instrument was applied to laparotomy, craniotomy and mammal nodule resection, during the intraoperative phase to patients being intervened for a caesarean section, a femur fracture reduction, and an open appendectomy, during the postoperative phase to patients from a kidney transplant, a coloecystectomy , laparoscopy and a rhinoplasty. **Validation by experts:** Operating room nurses (surgical nurses)and faculty teachers, active in the perioperative assistance field and experts in the use of NANDA, NIC and NOC taxonomies. **Nurses attitude:** posterior to the application of the instrument, an structured interview were issued in order to measure the nurses' attitude towards the new nursing clinical record sheet, it was important to predict if the project will succeed with the continuing of the implementation of the nursing clinical record sheet in a hospital.

Key words: Nursing records, standards, Betty Neuman's model, NANDA, NIC and NOC taxonomies.

VI DEDICATORIAS

A mi familia: Mi mama, María Luisa Hernández González, mi papa, Maximiliano Lizalde Contreras. Por sus consejos y apoyo incondicional. Mi más cariñoso agradecimiento.

A mis hermanos, Jorge, Vicente y Rogelio Lizalde Hernández. Gracias por su cariño y apoyo.

A mis tíos y primos, porque se que siempre estuvieron conmigo, aún en la distancia.

Para mis sobrinos, se que están conmigo siempre.

A mis amigas y amigos por su cariño. Por esperarme estos dos años sin mi presencia en las reuniones y fiestas espero y puedan entender mi alejamiento.

VII AGRADECIMIENTOS

Mi inmenso agradecimiento a la Dra. Ma del Carmen Montoya Díaz, por su enseñanza durante el curso de la licenciatura en enfermería y ahora durante la maestría.

A la Mtra. Martha Izquierdo Puente. Por su enseñanza, paciencia y entrega al trabajo en la facultad de enfermería, así como la contribución a la realización de la presente investigación.

A la Dra. Ma. Teresa Cuamatzi Peña, por el apoyo en la elaboración y el envío del artículo elaborado durante la maestría.

Agradezco los consejos y la compañía de la Mtra. Marta Reyes, durante los dos años del curso de la maestría.

Al hospital Star Médica de Morelia Michoacán, principalmente a las jefas de enfermería y quirófano, Rosa Ma. González Becerril y Martha Chávez Gaona por su apoyo y consejos.

A la Mtra. Elva Rosa Ova Martínez, por el apoyo en la traducción de los resúmenes de el artículo y tesis del español al ingles.

VIII RELACIÓN DE CUADROS

1. Cuadro No. 1. Período (preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio) en que fue valorado el instrumento.
2. Cuadro No. 2. Turno en que labora el personal de enfermería encuestado.
3. Cuadro No. 3. Personal de enfermería por sexo del hospital Star Médica.
4. Cuadro No. 4. Personal de enfermería por edad del hospital Star Médica.
5. Cuadro No. 5. Personal de enfermería por edad del hospital Star Médica.
6. Cuadro No. 6. Tiempo de ejercicio profesional del personal de enfermería encuestado del hospital Star Médica.
7. Cuadro No. 7. Tiempo de servicio en el hospital Star Médica, del personal de enfermería encuestado.
8. Cuadro No. 8. Número de pacientes a cargo del personal de enfermería encuestado del hospital Star Médica.
9. Cuadro No. 9. Servicios en los que se implementó el instrumento valorado en el hospital Star Médica.
10. Cuadro No. 10. Se representa la pregunta ¿consideras que la hoja de enfermería mejorara los registros durante el proceso quirúrgico?
11. Cuadro No. 11. Se describen los resultados de la pregunta ¿consideras que la nueva hoja de registros dará continuidad del cuidado de enfermería en el período preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio?
12. Cuadro No. 12. Se refiere a la pregunta ¿consideras que nueva la hoja de registros de enfermería permite conocer la evolución del paciente, hechos o sucesos resaltantes, así como intervenciones y acciones realizadas por la enfermera?
13. Cuadro No. 13. Se representa a la pregunta ¿consideras que la nueva hoja de enfermería mejora la comunicación con los compañeros de trabajo que continúan con los cuidados pertinentes en el turno o guardia subsiguiente.

14. Cuadro No 14. Se representa la pregunta ¿consideras que la hoja de enfermería transformará el conocimientos común sobre los cuidados en conocimiento científico?
15. Cuadro No 15. Se refiere a la pregunta ¿consideras que la hoja de enfermería previene la responsabilidad legal y los conflictos de enfermería durante el proceso quirúrgico?
16. Cuadro No 16. Se refiere a ¿consideras que nueva la hoja de enfermería posibilita el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de atención que se presta?
17. Cuadro No 17. Se refiere la pregunta ¿consideras que la hoja de enfermería transmite información válida y confiable al equipo de salud?
18. Cuadro No 18. Se refiere a la pregunta ¿consideras que la nueva hoja de enfermería mejorará el registro del cuidado de enfermería hacia los clientes quirúrgicos.
19. Cuadro No 19. Se representa la pregunta ¿considerad que la hoja de enfermería dará evidencia científica escrita del cuidado de enfermería en período preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio?
20. Cuadro No 20. Se refiere a la pregunta ¿consideras que la hoja de enfermería tiene suficientes registros de los cuidados de enfermería para evidenciar el trabajo diario?
21. Cuadro No 21. Se refiere a la pregunta ¿consideras que la nueva hoja de enfermería favorece el sistema de trabajo para los profesionistas de enfermería?

IX GLOSARIO

Actitud. Hernández, 2007, dice que es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto. La actitud es como una “semilla” que bajo ciertas condiciones suele “germinar en comportamiento”. Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destaca: dirección (positiva o negativa).

Calidad. Pola, 1999. Define que un servicio es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del cliente o usuario, en función de parámetros como: seguridad que el producto o servicio confiere al cliente. Fiabilidad o capacidad que tiene el producto o servicio para cumplir las funciones especificadas, sin fallo y por un periodo determinado de tiempo. La sociedad americana para el control de la calidad. Define la calidad como el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.

Registro. Modo de expresarse que se adopta en función de las circunstancias. Registros de enfermería. Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Cada una de las veces que se administra un medicamento por vía oral.

Fase preoperatorio. Inicia a partir del momento en que se decide la intervención quirúrgica y hasta que se traslada al paciente a quirófano.

Fase posoperatoria. Esta etapa comienza con la transferencia de la persona a la unidad de cuidados posanestésicos y termina con la valoración de vigilancia en el ambiente clínico o el hogar.

Gestión. Mompert, 2004 la refiere como al modo en que se planifica, organiza, dirige y controla el sistema sanitario, bien a nivel general, o bien a nivel más particular de una organización de servicios sanitarios. En referencia de la gestión relacionada a la enfermería, debería observarse la participación de enfermeras en los órganos de decisión de los distintos niveles del sistema, la definición del producto enfermero como medio de hacer tangible el valor añadido de los cuidados ofrecidos por las enfermeras, la existencia de indicadores específicos y la consideración de los servicios enfermeros en los procesos de definición cargas de trabajo e imputación de costes.

Trascendental: Aceptación positiva es la característica de aquellas determinaciones que, aun habiendo comenzado en un tiempo y lugar positivo del mundo de nuestra experiencia, lejos de permanecer en la inmanencia de su lugar y tiempo de origen, desbordan los límites de ese lugar y origen y, por recurrencia (por tanto, *a posteriori*, no *a priori*), van determinando constitutivamente a sucesivos círculos de la realidad y, en el límite, al mundo en general.

Trascender: (de *trans*, más allá, y *scando*, escalar) significa pasar de un ámbito a otro, atravesando el límite que los separa, significa la acción de «sobresalir», de pasar de «dentro» a «fuera» de un determinado ámbito.

Medir significa “asignar números, símbolos o valores a las propiedades de objetos o eventos de acuerdo con reglas” la medición “el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”.

La confiabilidad de un instrumento de medición, se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. Confiabilidad. Grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

La validez. Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto o variable medida.

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. El principio de la validez de criterio es: si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares.

La validez de constructo se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o un esquema teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros. No se puede ver sentir, tocar o escuchar; pero debe ser inferido de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento que se utiliza.

Objetividad. Se refiere al grado en que éste es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan. La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instituciones y condiciones para todos los participante) y en la evaluación de los resultados; así como, al emplear personal capacitado y experimentado en el instrumento.

X ÍNDICE

I	ACTA DE REVISIÓN	2
II	VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO	3
III	JURADO	4
IV	RESUMEN	5
V	SUMMARY	6VI
	DEDICATORIAS.....	8
VII	AGRADECIMIENTOS.....	9
VIII	RELACIÓN DE CUADROS	10
IX	GLOSARIO.....	12
X	ÍNDICE.....	15
1	CAPITULO I.....	1
1.1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.3	ANTECEDENTES	6
1.4	JUSTIFICACIÓN.....	14
1.5	OBJETIVOS.....	18
1.5.1	Objetivo general	18
1.5.2	Objetivos específicos.....	18
2	CAPITULO II.....	19
2.1	MARCO TEORICO	19
2.1.1	La historia clínica	21
2.1.2	(NOM-168-SSA1-1998).....	22
2.1.3	Los registros de enfermería	22
2.1.4	Marco legal.....	23
2.1.5	Documentación de enfermería.....	24
2.1.6	Normas para la cumplimentacion de registros: Reglas o recomendaciones básicas	25
2.1.7	Hojas de administración de medicamento.....	26
2.1.8	Normas para la cumplimentación de registros. Aquello que no se debe anotar.	26
2.1.9	Fase preoperatoria	27
2.1.10	Enseñanza: prequirúrgica	28
2.1.11	Fase intraoperatoria	28
2.1.12	Fase posoperatoria	29
2.1.13	Validación de instrumentos	30
2.1.14	El proceso de enfermería	32
2.1.15	Valoración	33

2.1.16	Adaptación del modelo de sistemas de Betty Neuman en la hoja de registros de enfermería en la etapa de valoración	33
2.1.17	Diagnostico	34
2.1.18	Diagnostico. 00146. Ansiedad.....	34
2.1.19	(Nursing interventions Classification) NIC	35
2.1.20	Disminución de la ansiedad.....	36
2.1.21	La Ejecución	37
2.1.22	(Nursing Outcomes Classification) NOC	37
2.1.23	Puntuación diana del resultado	37
3	CAPITULO III	38
3.1	MATERIAL Y MÉTODO	38
3.1.1	TIPO DE ESTUDIO	38
3.1.2	UNIVERSO	39
3.1.3	TÉCNICA DE MUESTREO	39
3.1.4	MUESTRA:	39
3.2	CRITERIOS DE SELECCIÓN:	39
3.2.1	Criterios de inclusión.....	39
3.2.2	Criterios de exclusión	40
3.3	INSTRUMENTO	40
3.4	PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE UN FORMATO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO	44
3.4.3	Validez de criterio	50
3.4.4	Validación por expertos.....	50
3.5	ÉTICA DEL ESTUDIO.....	53
4	CAPITULO IV	54
4.1	RESULTADOS	54
4.1.1	RESULTADOS EN CUADROS DE LA ACTITUD DE LAS ENFERMERAS, HACIA LA NUEVA HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL STAR MÉDICA DE MORELIA.....	54
4.1.2	RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO.	64
4.2	DISCUSIÓN	66
5	CAPITULO V	68
5.1	CONCLUSIONES.....	68

6	CAPITULO VI.....	70
6.1	RECOMENDACIONES	70
6.2	SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS	71
7	CAPITULO VII.....	72
7.1	BIBLIOGRAFIA	72
8	CAPITULO VIII	77
8.1	ANEXOS.....	77
8.1.1	DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	78
8.1.2	ESCALA PARA MEDIR LA ACTITUD DE LAS ENFERMERAS ANTE LA NUEVA HOJA DE DE ENFEMRÍA.	79
8.1.3	HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO.	81

1 CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El cambio que la profesión de enfermería ha sufrido, genera la necesidad de actualización en la práctica profesional diaria, como es la utilización de los nuevos conocimientos de la ciencia de la disciplina para tratar las respuestas humanas, investigar y mejorar el cuidado. Los instrumentos de valoración y registros del cuidado de enfermería en periodo perioperatorio, permiten contar con evidencia científica escrita en la continuidad del cuidado de enfermería a los clientes que requieren tratamiento, para lo cual, es necesario utilizar las normas, los modelos y teorías en enfermería, instrumentar los diagnósticos de la (North American Nursing Diagnosis Association) NANDA, la utilización de la Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC), la aplicación de la Clasificación de los resultados de enfermería (NOC), establecer registros de enfermería que provean evidencia científica en las hojas de registros clínicos, en la continuidad del cuidado a pacientes que requiere tratamiento quirúrgico, durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. Se entiende por registro clínico ha testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales, donde queda recopilada toda la información sobre la actividad de enfermería dirigida al paciente, así como su tratamiento y evolución. Es la parte fundamental de la asistencia sanitaria y deben estar integrados en la historia clínica del paciente, porque implica repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, por lo que es preciso llevarlos a la practica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

En la presente investigación, se diseño un formato de registros de enfermería fundamentado en modelo de sistemas de Betty Neuman, el Proceso de Enfermería, las taxomias (North American Nursing Diagnosis Asociation) NANDA, (Nursing Outcomes Clasification) NOC y (Nursing interventions Classification) NIC, la norma oficial 168, las hojas de enfermería a nivel local, nacional e internacional, con el objetivo de validar este formato de registros de enfermería en periodo preoperatorio,

transoperatorio y postoperatorio, en el cual el personal de enfermería que proporcionó y registró en el formato la continuidad del cuidado al cliente quirúrgico; la validación del instrumento se hizo por las enfermeras que proporcionaron y registraron los cuidados en el instrumento de registros durante el proceso quirúrgico en el Hospital Star Medica Morelia Michoacán.

Este trabajo consta de tres capítulos, en el primero se presenta la introducción en donde se incluyen: los antecedentes del tema , justificación de la investigación, planteamiento del problema en el cual se describe la problemática a la falta de registros para dar evidencia científica del cuidado de enfermería en las etapas del periodo perioperatorio, se señala además el objetivo general y los específicos del trabajo investigativo que es, contar con evidencia escrita del cuidado otorgado y se describe la importancia del estudio.

El capítulo dos, lo constituye el marco teórico que sustenta la investigación tomando los principales conceptos del modelo de sistemas de Betty Neuman, las normas de registros de enfermería, el proceso de enfermería, las taxonomías NANDA, NIC, NOC, la validación y se mencionan los estudios relacionados.

En el capítulo tres, se presenta la metodología utilizada, diseño y tipo de estudio, universo, muestra, criterios de inclusión y exclusión, se describe el instrumento, los procedimientos, la validación de constructo, criterio, contenido y por expertos del instrumento de registros, por último la ética del estudio.

El capítulo cuatro finaliza con la discusión, las conclusiones, sugerencias o recomendaciones con las referencias bibliográficas y los anexos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se encontró evidencia escrita del cuidado de enfermería en las hojas de registros que utilizaron, durante el preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, en hospitales públicos y privados de Morelia Michoacán. Donde se realizaron las búsquedas intencionadas de información relacionada con los registros de enfermería durante el perioperatorio.

Las hojas de registros de enfermería en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán, utilizadas durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, son obsoletas y no dan evidencia científica escrita del cuidado de enfermería durante el proceso quirúrgico.

Se identifico el problema en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán, las hojas de registros clínicos de enfermería no cumplen con las características científicas para dar continuidad al cuidado del cliente quirúrgico, tiene un espacio muy reducido para registrar las observaciones, diagnósticos y acciones de enfermería. El análisis retrospectivo de los registros de enfermería en 10 hojas de registros clínicos, en el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, se identifico que su registro es rutinario, no dan evidencia escrita de todos los cuidados proporcionados en el periodo preoperatorio, se registra “el paciente paso tranquilo la noche, paciente cooperador, conciente, asintomático, normternico, afebril, inquieto, con dolor ++, ansioso, sin cambios”, solo se registró el tipo de solución parenteral, medicamentos preoperatorios y signos vitales, no se registran el vendaje de miembros inferiores, verificar alergias, ayuno, retiro de prótesis, esmalte de uñas entre otros múltiples cuidados proporcionados en este periodo que no quedan plasmados. En el periodo transoperatorio, las hojas de registros no están adaptadas a las necesidades de los pacientes ni a las características del servicio durante este periodo, tiene espacios muy pequeños para realizar los diagnósticos, acciones y observaciones de enfermería, durante el periodo, se identifico con más frecuencia el registro solo de signos vitales, soluciones parenterales control de líquidos, medicamentos y

descripción de la técnica quirúrgica. En el periodo postoperatorio la continuidad del registro es deficiente existen dificultades en la continuidad del registro del cuidado, los espacios para el registro son de igual forma muy reducidos, guían un registro medicalizado, observaciones objetivas y transcripción de indicaciones médicas. Nota. Se anexan las hojas de enfermería de los hospitales públicos y privados. En ninguna de las hojas de enfermería se identifico el registro relacionado con la valoración psicológica, que evidencie el estrés relacionado con el nivel de ansiedad, bien conocido es, que estos son diagnósticos de enfermería que implican intervenciones independientes.

En un análisis de las hojas de registro que en la actualidad utilizan los profesionistas de la enfermería en las instituciones de salud públicas y privadas de Morelia Michoacán, en forma semejante se identifico que, guían un registro medicalizado, recoge datos totalmente objetivos del paciente sin profundizar en sus necesidades, hay espacios muy pequeños para registrar los datos que den evidencia científica escrita del estado de salud del cliente, esta confeccionada con unos parámetros mas adaptados a las necesidades de información que necesita el médico.

Concluyendo que las hojas de enfermería analizadas son obsoletas, no cumplen con el rigor científico y metodológico, no guían un registro durante el perioperatorio, no permite dar evidencia científica escrita del cuidado de enfermería por los espacios tan cortos que tiene para registrar.

Los profesionales han continuado realizando acciones dependientes de las órdenes médicas, sin embargo actualmente aplican acciones independientes e interdependientes, por lo cual la importancia que los registros tienen como prueba documental de la acción desarrollada y la asistencia proporcionada. Por lo antes puntualizado, es necesario disponer de registros lo más completos y correctos, teniendo presente en su implícito esta finalidad, además de la asistencial y docente, así como sus características de documento legal en su confección, tratamiento y gestión. Una hoja de registros clínicos de enfermería con fundamento científico, es precisa para dar evidencia científica escrita del cuidado de enfermería, que permita

dar continuidad durante el perioperatorio. En el ámbito de la práctica cotidiana es necesario desarrollar una actividad conforme a los principios científicos y el nivel actual de desarrollo de la ciencia enfermera, bajo los criterios jurídicos del acto asistencial, derivado de su condición de contrato de prestación de servicios, realizándolo con la debida atención, diligencia, pericia, prudencia, e idoneidad de medios. Razón de la investigación, para diseñar y validar un formato de registros de enfermería, con sustento científico, fundamentado en el Modelo de sistemas de Betty Neuman, el Proceso de Enfermería, las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, que permita dar evidencia escrita de la continuidad del cuidado al cliente que requiere tratamiento quirúrgico y mejorar la comunicación durante los periodos preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. Surgiendo así, la pregunta de investigación:

¿Tiene validez un formato de registros de enfermería en los periodos preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio?

1.3 ANTECEDENTES

A partir de la segunda mitad de este siglo, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida, con su propio cuerpo teórico-conceptual y su método de actuación, esta profesión elevó su rango académico y al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad con otras profesiones en la atención de las personas, familias y comunidades.

KÄRKKÄINEN et al, Citado por LEÓN, 2005, Mencionan que “si el registro de enfermería no refleja de forma aproximada los cuidados prestados, el derecho del paciente no se cumple, por la insuficiencia de información. Deben incluirse aquellas informaciones aportadas por los pacientes, dar constancia escrita de los cuidados prestados, forma parte del cuidado mismo, de modo consustancial e inescindible, siendo necesario incorporar las opiniones, percepciones y sentimientos de los pacientes a los registros, en muchas ocasiones transcribiendo literalmente sus palabras, evitando así prejuicios, para que puedan hablarse de calidad. Los registros permiten individualizar los cuidados, ya que el profesional puede elegir que resultado puede obtener y como va a intervenir, considerando los recursos disponibles y las necesidades de cada paciente, para lo cual es necesario implementar y llevar a la practica diaria, instrumentos que permitan a la (el) enfermera (o) la continuidad del cuidado, documentando los diagnósticos resueltos, demostrando así la contribución del cuidado enfermero al individuo, familia y sociedad.

PAZ, 2007 Realizo la investigación “Validación del formato proceso de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una institución de salud de Barranquilla, con el fin de utilizarlo como un indicador de calidad de procesos, en Colombia 2006; realizaron un estudio descriptivo prospectivo transversal, el universo estuvo constituido por las 15 enfermeras que laboraban en el área crítica (cuidados intensivos y emergencias). Las enfermeras aplicaron 546 formatos de PAE estandarizado a los pacientes en estado crítico, ingresados desde junio del 2004 hasta junio del 2006. Se realizó una investigación de tipo descriptivo prospectivo

transversal, el cual permitió diseñar y validar, a través de un estudio de seguimiento, la aplicación del formato PAE. La investigación fue desarrollada teniendo en cuenta cuatro fases: 1. Creación y estandarización de los PAE según epidemiología institucional. Teniendo en cuenta las cinco etapas del proceso de enfermería, se diseñó un modelo de proceso de atención de enfermería para las patologías más comunes según la epidemiología institucional, obteniéndose un registro prediseñado y estandarizado. 2. Socialización de la nueva metodología al personal de enfermería del área crítica. 3. Implantación y validación de la aplicación del formato. 4. Diseño de la Guía de Seguimiento a la Implementación del formato Proceso de Enfermería Estandarizado y establecimiento del indicador de resultados de la aplicación del PAE estandarizado. 5. Puesta en marcha del comité de procesos de enfermería como estrategia de seguimiento para el mejoramiento continuo. Concluye que el formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado, pudo ser aplicado por las enfermeras del área crítica, en una muestra representativa de pacientes con patologías críticas; permitiendo a la vez su evaluación y monitorización a través de indicadores. Lo que aportó los siguientes beneficios: Reestructuración y/o adaptación de herramienta de trabajo a la epidemiología institucional y al sistema de Salud en Colombia. Rescate del estatus profesional con la reidentificación del P.A.E. Evidencia de la continuidad del cuidado a través del registro específico de la Historia Clínica P.A.E. Es una oportunidad para realizar investigación en enfermería. El comité de procesos de enfermería fue una herramienta valiosa que contribuyó al seguimiento y retro-alimentación de la calidad, generando información para la puesta en marcha de acciones correctivas o preventivas dentro del marco de estrategias de mejoramiento continuo en la prestación de servicios de enfermería.

GARCÍA, 2007, Se plantean como objetivo, conocer la importancia profesional y legal de los registros de enfermería. Describir la nomenclatura correcta en los registros de enfermería, demostrar que los registros de enfermería son también un instrumento para el desarrollo de la profesión y exponer las repercusiones médico-legales implícitas en los mismos. Artículo en el cual concluyen que, los profesionales

sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y los que requieran los centros. Este deber de cumplimentación, conlleva a la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea papel o informático. Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras. Los enfermeros deben responder ante los pacientes, el hospital (el centro de trabajo) la profesión, otros miembros del equipo, ante sí mismos y por su puesto ante la legislación.

LEÓN, 2005, En su investigación “Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería”. Dice que en la actualidad, a pesar del conocimiento que enfermería posee y de los esfuerzos que se han realizado, existen dificultades para el registro del Proceso Atención de Enfermería en los servicios asistenciales. En la consideración del autor, el factor fundamental que desalienta al personal para la aplicación del método de registro, ha sido en primer lugar, la incorporación de un indicador que en vez de medir *calidad*, mide *cantidad* y por tanto, somete al profesional a una demanda mayor de trabajo y un esfuerzo adicional, lo que provoca en él un rechazo creciente a su propio Método Científico de Actuación. Es meritorio señalar que lo esperado era, que el propio enfermero lo sintiera como parte de él, le sirviera como factor de motivación, de reafirmación vocacional y fortaleciera el desarrollo de su autonomía. El enfermero debe adquirir una postura de igualdad, basada en la competencia con otros profesionales, debe aprender a confiar en sí mismo para identificar su identidad sobre sus propios logros. A medida que ha evolucionado la enfermería, ha existido un interés creciente en la planeación de estrategias de intervenciones que hará que la persona, familia y comunidad tengan un nivel de salud más elevado. Ahora, es indispensable para estos profesionales de la salud, asumir el liderazgo en el desarrollo de estrategias viables para su planeación, ejecución y evaluación, en un

marco de responsabilidad, autonomía y respaldo legal. Teniendo en cuenta las necesidades del personal asistencial en relación con la aplicación del Método de Registro y la situación que existe en estos momentos, es útil y necesario establecer nuevas estrategias para la aplicación del Método de Registro.

GARCÍA, 2003, realizó la investigación: titulada “Análisis de los Informes de Enfermería en los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes-Argentina 2003”. Estudio transversal retrospectivo cuyo objetivo era conocer las actividades de enfermería que se registran. Se realizó una prueba piloto para la recogida de datos de 180 Historias Clínicas, donde se observaron los informes de los turnos mañana-tarde y noche de los servicios de UCI del Instituto de Cardiología de Juan Cabral, Hospital Rose Román Vidal y el Hospital Pediátrico Juan Pablo II en los meses de Agosto-Septiembre 1998-2003, emplearon técnicas test no paramétricas como Chi Cuadrado y Test exacto de Fisher los porcentajes serán reportados con sus respectivos intervalos de confianza al 95% tomando una potencia estadística del 90% y un error alfa de 0.05. Se analizaron 1500 registros de las Historias Clínicas hasta el periodo 2003. Llegando a las siguientes conclusiones: “Hay una escasez de estudios de rigor metodológicos suficientes como para proporcionar resultados fiables debido a los diferentes formularios utilizados en los registros de enfermería de nuestro servicios hospitalarios o se subraya la ausencia de un lenguaje común para excluir la calidad de los cuidados brindados, existe poco hábito de registrar las actividades propias de enfermería mientras que la transcripción de las órdenes médicas se realiza por norma, además falta concienciar a muchos profesionales sobre la importancia de registrar sus actividades de forma tan detallada como sea posible por las implicancias que esto tiene tanto en el tema de calidad del cuidado y en los aspectos legales”.

ESPINO V.I.I 2003, en la tesis” Nivel de Conocimiento de la Enfermera y su Relación con la Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez ESSalud de Ica 2003”, estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo era identificar el nivel de conocimiento que poseen las enfermeras en

relación a la calidad de sus anotaciones; aplicaron una encuesta a una población total de 43 enfermeras de los servicios de hospitalización y una lista de chequeo observando 389 historias clínicas al azar en los diferentes turnos. Ambos instrumentos fueron validados por una prueba piloto, utilizaron la prueba de Chi Cuadrado. Destacando las siguientes conclusiones: “El nivel de conocimiento de las enfermeras en su mayoría fue de regular nivel 7.21%, deficiente nivel el 23.3% y solo un 4.7% registro un alto nivel de conocimiento. Las enfermeras que tienen regular nivel de conocimiento realiza anotaciones de mala calidad en un 81.5% y solo un 18 % lo hace de regular calidad. El 94.5 no elaboran diagnósticos de enfermera y el 3.3 % no realiza anotaciones de enfermería”.(6) ’

ASTONITAS R.V, y Cols 2001. Realizó una investigación titulada:”Factores Profesionales y Laborales que influyen en la ejecución de las Anotaciones de Enfermería en el Centro Médico Naval Bellavista. cuyos objetivos fueron: 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, establecer si existe relación entre los factores laborales de la enfermera y la ejecución de las anotaciones de enfermería según criterio de forma y contenido y establecer las características personales de la enfermera asistencial en la ejecución de las anotaciones de enfermería. Estudio descriptivo y de corte transversal en una muestra de 82 enfermeras asistenciales evaluándose aleatoriamente 03 anotaciones de cada enfermera pertenecientes a la muestra; para la recolección de datos se confeccionó un cuestionario para las enfermeras y una ficha de cotejo para las anotaciones que fueron validados con una prueba piloto y juicio de expertos. Las variables fueron analizadas con la prueba de Spearman (P) y de Chi Cuadrado (X^2).

Llegando a las siguientes conclusiones: “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 conocimientos obtenidos sobre registros en la entidad formadora, importancia que le conceden a las anotaciones, tipo de registro que conoce, tiempo de ejercicio 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 servicios.

CIDONCHA, M.M. (2001). En la investigación de enfermería vascular y familia titulada "Análisis de los Evolutivos de Enfermería en el Hospital SANTIAGO APÓSTOL. UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR. VICTORIA ESPAÑA 2001, estudio descriptivo-transversal y retrospectivo; planteado con el objetivo de conocer lo que registran las enfermeras en relación con la familia y el entorno del paciente de Cirugía Vascular. Donde se analizaron las Anotaciones de Enfermería durante el año 2001; datos recogidos a través del programa informático de Cuidados Zaineri; el análisis estadístico lo realizaron a través del programa SPSS 10.0, cuya muestra fueron los pacientes con ficha de alta comprendido los días 10 y 20 de cada mes. Encontrando los siguientes resultados: el 6.66% de las anotaciones realizadas correspondían sobre la Familia y el entorno; el 35.77 (44 pacientes) no tenía anotaciones referente a la familia y el entorno y el 41.6% (51 pacientes) sólo tenía anotaciones de la familia. Concluyendo en que las enfermeras deben considerar a la persona, familia y entorno como un todo, los cuidados deben ser mejor documentados.

PÉREZ Y ESPINO, 2005, Cuidado de Enfermería en Urgencias con el Marco de Referencia de Betty Neuman. Se elaboró a manera de proceso de enfermería, partiendo del diagnóstico de enfermería "síndrome de estrés del traslado".

El objetivo principal de enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerándolo con todos sus valores, potencialidades y debilidades, es también la enfermera, a diferencia de otros profesionales de la salud, quien a través de

proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación estrecha que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

FERNÁNDEZ et al, 2002. En su investigación control de la ansiedad y el dolor en el paciente al que se va a implantar un marcapasos, se plantean como objetivo, disminuir la ansiedad y la incidencia de complicaciones transoperatorias a través de la información y del control del dolor; fue un estudio cuantitativo, experimental-transversal. Estudiaron 24 pacientes, como instrumento para la obtención de datos se utilizaron, cuestionarios para la recogida de datos, escala de valoración del dolor (EVA), entrevista personal estructurada para valorar el nivel de información y el estado de ansiedad, encuesta de valoración sobre la información recibida y grado de satisfacción. De los resultados obtenidos en el estudio, constataron que la información facilitada durante el transoperatorio, ha contribuido a disminuir la ansiedad de los pacientes y con ello la incidencia de complicaciones. Se ha implantado como protocolo en el quirófano de Cirugía Cardíaca la información del proceso quirúrgico en el antequirófano y la utilización del anestésico local junto con el bicarbonato, ya que se ha demostrado que disminuye el dolor durante la infiltración.

RUIZ, et al. 2000. Realizaron una investigación en el Hospital General de Mexico. Con el objetivo de conocer y determinar las causas, la incidencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva. Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional en el que fueron evaluados 500 pacientes ASA I-II con edades de entre 18 y 65 años. La ansiedad fue evaluada mediante la aplicación de una encuesta y una escala visual análoga durante el periodo preoperatorio, 24 horas antes de la cirugía. Resultados. Predominaron los pacientes del sexo femenino, los sujetos en la cuarta década de la vida y enfermos con nivel socioeconómico medio. El 35% de los pacientes manifestaron miedo al ambiente hospitalario, 33% a la cirugía, 45% a la anestesia, 47% no conocían al cirujano y el 45% no sabían en qué consistía la cirugía que se les realizaría.

Conclusión. El equipo multidisciplinario debe ofrecer orientación e información suficiente al paciente; siendo la consulta preanestésica un elemento clave para disminuir la incidencia de la ansiedad preoperatoria, para ofrecer un servicio con calidad en la práctica médica. El acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad, con una adecuada atención hospitalaria y una consulta preanestésica eficiente, que a la vez implica la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo.

GARCÍA S, 1999. Diseñaron un estudio del comportamiento de las variables frecuencia cardiaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y temperatura en 60 pacientes del Servicio de Urología y de Ortopedia (55 y 5 respectivamente sometidos a operaciones de cirugía mayor, en el período de enero a junio de 1996, antes y después de la operación. Se trató además, el grado de satisfacción con la atención recibida. Los resultados de las 4 variables antes y luego de la operación durante 4 días, fueron comparados mediante el *test* de análisis de varianza de una vía, y se obtuvo disminución significativa de todas ellas ($p < 0,001$), no atribuibles los cambios de la frecuencia cardiaca al descenso de la temperatura y probablemente determinados por el alto grado de satisfacción con la atención recibida mostrado por los pacientes, así como a la ausencia de complicaciones. Estos resultados evidencian la importancia de una adecuada relación personal médico-paciente en la normal evolución de los casos. Concluyen que todos los pacientes se mostraron satisfechos con la atención recibida, se pudo comprobar que la adecuada relación personal médico-paciente favorece la recuperación del estrés quirúrgico. Las variables FC, PAD, PAS y T, mostraron una disminución significativa en el posoperatorio, evidenciando una rápida recuperación del estrés quirúrgico que atribuimos al alto grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Consideran que las variables estudiadas pueden constituir un indicador útil y económico para valorar la recuperación del estrés quirúrgico.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Los registros de enfermería durante el periodo perioperatorio son una herramienta imprescindible para la comunicación tanto a nivel profesional como interprofesional, por tanto necesarios para conseguir el mayor nivel de calidad en la atención, sólo a través del registro de toda evidencia que el profesional realiza se podrá evolucionar el conocimiento científico sobre los cuidados de enfermería y favorecer el desarrollo de la disciplina además de posibilitar el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia de la del resto de los profesionales de la salud. La enfermera en su función asistencial, realiza como una de las actividades importantes las anotaciones de los cuidados otorgados a todos los pacientes. Convirtiéndose en un registro esencial, de gran valor legal e indicador de calidad. Es necesario reconocer que el mejoramiento de la calidad del cuidado implica también mejorar los registros no solo por su contenido o significado, si no, porque constituye un instrumento de gestión que respalda el quehacer profesional de la enfermera. Las hojas de registros son una herramienta que facilita la recolección de datos y por tanto ayuda en el trabajo diario de la enfermera, permite desarrollar planes de cuidados individualizados y a través de la evaluación de los registros, se mejora la calidad en los cuidados que aporta la enfermera durante la continuidad del cuidado en el periodo perioperatorio.

IBARRA, 2007, Menciona que la eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales, así mismo IBAMEUE, 2007 señala que es indiscutible la necesidad de que el enfermero registre su proceder, puesto que: Legalmente está obligado a ello. Es imperativo que se realice y que quede constancia por escrito del proceso enfermero efectuado, como garantía para unos cuidados de calidad,

indiscutiblemente los pacientes se benefician de ello, favorece la continuidad de los cuidados enfermeros entre los distintos niveles asistenciales, aumenta la seguridad clínica, al evitar errores o malas interpretaciones en la transferencia oral, supone una herramienta para la investigación enfermera insustituible pone de manifiesto la labor y la carga de trabajo en relación a cada tipo de asistencia del enfermero, sirviendo como elemento de justificación, de adecuación a los procedimientos establecidos. De igual forma BENAVENT, 2004 refiere 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 las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidar, si las enfermeras no registran sus actuaciones, es imposible constatar que es aquello imprescindible y específico que aportan a la atención de la salud de los clientes, imposibilitando el desarrollo de la disciplina y por tanto incumpliendo 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; a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza se puede transformar el conocimiento común sobre los cuidados, el conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional. 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 el desarrollo disciplinar. Además, los registros, son una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud y por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad en la atención de salud; así sí mismo POTTER, 2002, señala que desde este principio moral profesional la ausencia de registros puede entenderse como una falta, por parte de la enfermera, que pone en cuestión 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 y de igual forma PORRA, 2001, menciona que las acciones independientes son las que consolidan el carácter científico de la profesión, de ahí la necesidad de una modificación positiva en el modo de actuación profesional de las enfermeras, que les permitan actuar con científicidad y profesionalidad, igualmente un lenguaje enfermero uniforme sirve para proporcionar un lenguaje a los profesionales de enfermería para comunicar lo que realizan entre ellos mismos, con otros profesionales sanitarios y con la población permitiendo la recogida y el análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente, facilita la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros, favorece el desarrollo del conocimiento enfermero, facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los estudiantes enfermeros, los diagnósticos facilitan la comunicación. Los profesionales en enfermería, deben ser conscientes de la importancia y relevancia que sus registros tienen, fomentando el desarrollo de la profesión, así como las repercusiones a nivel profesional y legal, por las implicaciones y responsabilidades que deben asumir en su trabajo diario. Por lo previamente puntualizado, se valora la necesidad de un formato de registros de enfermería que de evidencia científica escrita del cuidado de enfermería proporcionado durante el periodo perioperatorio, identificando los datos vitales necesarios e imprescindibles de un cliente en el ámbito quirúrgico, que recoja parámetros de atención integral de la persona, valore necesidades, identifique factores estresantes y niveles de ansiedad que pueden afectar su equilibrio, permita crear planes de cuidados individualizados, basados en diagnósticos de enfermería, que ayuden a planificar y realizar de forma eficaz y rápida las actuaciones a seguir ante problemas de salud con intervenciones independientes aplicadas a clientes que reciben tratamiento quirúrgico durante los periodos preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

A pesar de la importancia que representan los registros de enfermería durante el periodo perioperatorio, en la actualidad en México y en el Estado de Michoacán no

se cuenta con investigaciones que generen productos encaminados a dar solución a la falta de instrumentos de registros para enfermería durante el proceso quirúrgico, motivos por los cuales, se justifica realizar la presente investigación. Una hoja de enfermería con fundamento científico que guíe el registro y que facilite el llenado en la continuidad del cuidado durante el proceso quirúrgico, es necesaria para dar evidencia científica escrita del cuidado proporcionado, por lo cual, se justifica el diseño y validación de un instrumento de registros de enfermería, con sustento de constructo en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para identificar factores estresantes, con apoyo de criterio en las taxonomías NANDA, NIC Y NOC según el diagnóstico de ansiedad, que guíe el registro y sea aplicado por todo el personal de enfermería participante; con soporte de contenido al adaptarlo para su aplicación e implementación durante el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, así como la validez de los expertos.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Validar un instrumento de registros de enfermería, que muestre evidencia científica escrita de la continuidad del cuidado al cliente que requiere tratamiento quirúrgico durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

1.5.2 Objetivos específicos

- Validación de constructo de un instrumento de registros de enfermería en periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.
- Validación de contenido de un instrumento de registros de enfermería en periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.
- Validación de criterio de un instrumento de registros de enfermería en periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.
- Validación por expertos de un instrumento de registros de enfermería en periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

2 CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

El sustento teórico está estructurado en la primera parte, por las recomendaciones para la elaboración y diseño de formatos de registro en enfermería, se continúa la historia clínica, norma oficial 168, los registros de enfermería, marco legal, documentación de enfermería, normas para la cumplimentación de registro: reglas o recomendaciones básicas, hojas de administración de medicamento, normas para la cumplimentación de registros, aquello que no se debe anotar, gestión, el proceso de enfermería, valoración y adaptación del modelo de sistemas de Betty Neuman en la hoja de registros de enfermería, fase preoperatoria, intervenciones psicosociales preoperatorias, diagnóstico, diagnóstico 00146 ansiedad, NIC, enseñanza prequirúrgica, disminución de la ansiedad, la ejecución, NOC y puntuación diana del resultado, fase intraoperatoria, fase postoperatoria, sistema de información, calidad, actitud y por último la validación de instrumentos.

IBAMEUE, 2007 señala que es indiscutible la necesidad de que el enfermero registre su proceder, puesto que: Legalmente está obligado a ello, es imperativo que se realice y que quede constancia por escrito del proceso enfermero efectuado, como garantía para unos cuidados de calidad que indiscutiblemente, nuestros pacientes se benefician de ello. Favorece la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales, entre el ámbito extrahospitalario y el hospitalario, aumenta la seguridad clínica, al evitar errores o malas interpretaciones en la transferencia oral, supone una herramienta para la investigación enfermera insustituible, pone de manifiesto la labor y la carga de trabajo en relación a cada tipo de asistencia del enfermero, sirviendo como elemento de justificación, de adecuación a los procedimientos establecidos.

Para instaurar un registro en un servicio. Es aconsejable: Constituir un grupo de trabajo compuesto por enfermeros expertos y debidamente cualificados, que se encargue del diseño, de la formación, información y asesoría a los profesionales, de la puesta en marcha y del control, establecer un modelo teórico en que fundamentar

el registro, irrenunciable para que éste sea científico y poder emplear los datos recogidos para la investigación enfermera, a la hora de la elección del modelo teórico habría que tener en cuenta el adoptado por el resto de servicios sanitarios, para favorecer la continuidad de cuidados. Homogeneizar el nivel de formación de los enfermeros en todas las fases del proceso enfermero, en las taxonomías internacionales y, por supuesto, en el modelo teórico en que vaya a basarse dicho registro. Realizar pilotajes de versiones provisionales del Registro de Atención Enfermera y solicitar aportaciones de los enfermeros a las mismas, para lograr un registro lo más afín posible a las necesidades del servicio.

Los Registro de Atención Enfermera deben reunir ciertos requisitos, deben: Ser prácticos a la hora de cumplimentarlos y recoger todas las fases del proceso en orden lógico. Permitir una valoración parcial o focalizada de las diferentes necesidades, patrones funcionales, en función de la gravedad del paciente. Disponer de campos a rellenar con cruces, para una valoración somera y rápida, y campos abiertos, para una explicación más detallada de aspectos importantes en relación a cualquiera de las fases del proceso enfermero.

VALENZUELA, 2004, refiere que el registro de Enfermería ha de ser reflejo del Proceso Enfermero, por tanto deberá estar diseñado y estructurado de manera tal que refleje todas y cada una de las etapas que lo constituyen, es decir: valoración, problemas detectados (aquellos que incumben de manera independiente al profesional de enfermería y aquellos que será necesario tratarlos en colaboración con otro profesional), objetivos, intervenciones y evaluación. Deberá estar estructurado de forma clara y muy visual, con un diseño y maquetación atractiva para el profesional, de modo que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente. Así mismo existirá un espacio reservado para los datos de filiación del paciente. También será necesario incluir un espacio en donde aparezca el nombre del servicio o unidad así como el nombre de la institución a la que pertenece, que existan distintos espacios habilitados para la firma de los diferentes profesionales de enfermería que

intervengan a lo largo de la asistencia, para dejar así constancia de la transferencia y garantizar esa continuidad de cuidados entre los profesionales implicados. Es recomendable ampararse a un modelo teórico de enfermería, que presida el diseño del registro y el de la Institución que lo implemente. Se hará uso del lenguaje común enfermero que ha sido proporcionado y difundido por diversas instituciones y estudiosos del tema con carácter internacional. En la mayoría de los casos los ítems serán cerrados, para así facilitar su rápida cumplimentación, debido a la premura y falta de tiempo que caracteriza la asistencia. Es necesario incluir los suficientes campos abiertos para poder añadir otras opciones que no hayan sido contempladas, que al dorso, existan unas breves notas aclaratorias en las que se explique la manera de cumplimentación correcta del registro, abreviaturas, escalas empleadas. El registro deberá ser conocido a la perfección por el profesional como si de un mapa se tratara. Se deberán desarrollar, mediante entrenamiento, las habilidades necesarias para conseguir una cumplimentación rápida y eficaz. Es fundamental que se impartan cursos, jornadas o sesiones sobre proceso enfermero y registro del mismo a estos profesionales. Así mismo es aconsejable facilitarles un manual-guía de consulta rápida de bolsillo, especialmente en los momentos iniciales.

2.1.1 La historia clínica

Es el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. La naturaleza de los datos que puede contener debe asegurar la confidencialidad de su contenido y, por tanto la intimidad de la persona a la que hace referencia la información, siendo obligatorio registrar todos los datos del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento desde su ingreso hasta el alta. Constituye una prueba legal ante un tribunal de justicia y su contenido.

2.1.2 (NOM-168-SSA1-1998)

Hoja de enfermería. Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: Habitus exterior; Gráfica de signos vitales; Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía; Procedimientos realizados; y Observaciones.

CONAMED 2007, El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

2.1.3 Los registros de enfermería

Son una herramienta imprescindible para la comunicación tanto a nivel profesional como interprofesional, por tanto necesarios para conseguir el mayor nivel de calidad en la atención. El registro favorece el desarrollo de la disciplina, 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 la del resto de los profesionales de la salud, los registros y la implicación de los registros son nuestra responsabilidad profesional. La enfermera en su función asistencial, una de las actividades importantes que realiza a todos los pacientes son las notas y

observaciones de enfermería, el registro más relevante, que permite conocer la evolución del paciente, hechos o sucesos resaltantes así como intervenciones y acciones realizadas, con la finalidad de brindar continuidad y seguridad en el tratamiento, además de transmitir información válida y confiable al equipo de salud. Convirtiéndose así pues en un registro esencial, de gran valor legal, e indicador de calidad, capaz de optimizar y acreditar la calidad de la atención de enfermería. El mejoramiento de la calidad del cuidado implica también mejorar los registros no solo por su contenido o significado, sino porque constituye un instrumento de gestión que respalda el quehacer profesional de la enfermera.

CHAPARRO, 2003 señala que el registro de enfermería "es un documento específico que hace parte de la historia clínica en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud en intervenciones de promoción de la vida prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad".

2.1.4 Marco legal

"la historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma".

Esta resolución le da autonomía al prestador de servicios (Institución) para "que adopte formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades" Adicionalmente a esta normatividad, específica para el área de la salud, existe el Código de Procedimiento Civil, que direcciona el comportamiento como ciudadano.

2.1.5 Documentación de enfermería

La documentación de enfermería debe incluir los siguientes documentos:

Valoración inicial de enfermería: este documento recoge los datos que permitirán evaluar los problemas de salud del paciente que puedan ser tratados por enfermería. Debe ser cumplimentado en su totalidad en las primeras 24 horas de ingreso y deberá constar la fecha y hora de cumplimentación y los datos de identificación del enfermero que lo haya realizado. Gráfica de constantes: registra las constantes vitales de cada paciente, bien por ser ordenadas por el médico o bien procedente de la propia actividad de enfermería. Para el caso de patologías que precisen mayor especificidad de datos, pueden anexarse a los modelos previstos en el presente Reglamento los relativos para Control Metabólico y para Balance Hídrico. Controles y cuidados específicos: dejará constancia de los cuidados pautados y de la frecuencia de su realización. Observaciones de enfermería: registra toda la información de enfermería relacionada con el paciente, cumplimentada a lo largo o al final de cada turno por el enfermero responsable del turno en el que se produzcan las observaciones, haciendo constar la fecha y hora en que la realiza. Control de medicación: registra la administración de medicación pautada en las órdenes médicas, debiendo quedar identificado el enfermero que la administre. Registro de enfermería área quirúrgica: documento en el que el personal de enfermería de quirófano recogerá los registros derivados del procedimiento quirúrgico y que completará la información que contiene la hoja quirúrgica. Será cumplimentado por el enfermero instrumentista y el circulante, que deberán identificarse y firmar una vez realizado.

2.1.6 Normas para la cumplimentación de registros: Reglas o recomendaciones básicas

Objetividad: Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”. Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados. **Precisión y exactitud:** Deben ser precisos, completos y fidedignos. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. Expresar sus observaciones en términos cuantificables. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto. **Firma legible de la enfermera responsable.** Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho” **Legibilidad y claridad:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas. Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta. Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente. Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable. **Firma y categoría profesional legible:** Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos. No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas. **Simultaneidad:** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Evitando errores u omisiones. Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente. Nunca registrar

los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

2.1.7 Hojas de administración de medicamento.

Se debe anotar toda la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable. Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción. No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo. Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral. Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

GONZÁLEZ, 2006 La Actividad de Enfermería en el tratamiento medicamentoso está encaminada al estricto cumplimiento de las normas establecidas para estos procedimientos. Las 10 Reglas de Oro en la Administración de Medicamentos: Administrar el fármaco correcto. Administrar el fármaco al paciente correcto. Administrar la dosis correcta. Administrar el fármaco por la vía correcta. Administrar el fármaco a la hora correcta. Educar al paciente sobre el fármaco que se va a administrar. Verificar si el paciente es alérgico a algún medicamento. Conocer el tipo y número de fármacos administrados. Conocer posibles reacciones farmacológicas. Registrar cada medicamento administrado.

2.1.8 Normas para la cumplimentación de registros. Aquello que no se debe anotar.

Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente. No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre

compañeros. No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como. “accidentalmente”, “de alguna forma”. No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren. No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas. La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

GARCÍA, 2007, dice que la calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario. Todas ésta normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

2.1.9 Fase preoperatoria

BRUNNER, 2005 cita que la fase preoperatoria inicia a partir del momento en que se decide la intervención quirúrgica y hasta que se traslada al paciente a quirófano. Las actividades de enfermería no solo incluye la valoración física, sino también, la emocional, obtención de antecedentes anestésicos e identificación de alergias o problemas genéticos, asegurar que se hayan realizado las pruebas necesarias, el día de la cirugía se revisan los conocimientos del paciente acerca del proceso, se verifica su identidad y el sitio quirúrgico, se confirma el consentimiento informado y se inicia la infusión intravenosa. Valoración de factores de salud que afectan a los pacientes antes de la operación. Farmacoterapia previa. Factores psicosociales. Creencias religiosas y culturales.

2.1.10 Enseñanza: prequirúrgica

Dochterman, 2005 afirma que es ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico.

Actividades: Informar al paciente y familiares de la duración esperada de la operación. Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía. Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede. Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso. Discutir las posibles medidas de control del dolor.

2.1.11 Fase intraoperatoria

BRUNNER, 2005 indica que la fase intraoperatoria comienza cuando se transfiere al paciente a la mesa del quirófano y concluye cuando ingresa a la unidad de cuidados posanestésicos. Las actividades de enfermería incluyen: seguridad del paciente, mantener el ambiente aséptico, asegurar el funcionamiento adecuado del equipo, proporcionar al cirujano instrumentos y dispositivos específicos para el campo quirúrgico y completar la documentación correspondiente. Proporcionar apoyo emocional mientras se sostiene la mano del paciente durante la inducción de anestesia general, ayuda a colocar al paciente sobre la mesa del quirófano.

ARCHUNDIA, 2002 Cuando el paciente ingresa al quirófano, es posible que se sienta relajado y preparado, o atemorizado y muy tenso. Estos sentimientos dependen en gran medida de la cantidad de sedación preoperatoria y el momento en que se administró, así como del nivel de temor y ansiedad del paciente. Los miedos a la pérdida del control, lo desconocido, el dolor, la muerte, las alteraciones en la estructura o funcionamiento y la interrupción del estilo de vida pueden contribuir a

ansiedad generalizada. Estos temores bien pueden aumentar los requerimientos de anestesia, el nivel de dolor posoperatorio y el tiempo general de recuperación. El individuo también está sujeto a una serie de riesgos: infección, incapacidad de la cirugía para aliviar los síntomas, posibilidad de complicaciones temporales o permanentes relacionadas con el procedimiento o la anestesia, y la muerte; estos problemas son resultados potenciales de la experiencia quirúrgica.

2.1.12 Fase posoperatoria

BRUNNER, 2005 señala que esta etapa comienza con la transferencia de la persona a la unidad de cuidados posanestésicos y termina con la valoración de vigilancia en el ambiente clínico o el hogar. En la fase posoperatoria inmediata, se pone atención en mantener la permeabilidad de las vías respiratorias del paciente, vigilar sus signos vitales, valorar los efectos de los agentes anestésicos, evaluar si el paciente presenta complicaciones y proporcionar comodidad y alivio al dolor. Las actividades de la enfermera pueden centrarse en fomentar la recuperación del paciente e iniciar las instrucciones y los cuidados de vigilancia.

Valoración inicial en el posoperatorio inmediato. La enfermera que recibe al cliente en la unidad de cuidados posanestesia verifica lo siguiente con el anesthesiologo.

1. diagnóstico médico y tipo de operación realizada.
2. edad del paciente y estado general: permeabilidad de las vías respiratorias y signos vitales
3. anestésico y otros medicamentos empleados: narcóticos, miorrelajantes, antibióticos y así sucesivamente
4. cualquier problema que haya surgido en el quirófano y pudiera influir en la asistencia posoperatoria (p. ej., hemorragia abundante, choque o paro cardiaco)

2.1.13 Validación de instrumentos

HERNÁNDEZ et al, 2007 Medir significa “asignar números, símbolos o valores a las propiedades de objetos o eventos de acuerdo con reglas” la medición “el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”.

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la “realidad” que deseo capturar.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. Confiabilidad. Grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia: 1) evidencia relacionada con el contenido, 2) evidencia relacionada con el criterio y 3) evidencia relacionada con el constructo.

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto o variable medida.

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo.

El principio de la validez de criterio es sencillo: si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares. BOSTWICK Y KYTE (2005) lo expresan de la siguiente forma: “si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos individuos en un instrumento deben estar

correlacionadas y predecir las puntuaciones de estas mismas personas logradas en otro criterio”.

La pregunta que se responde con la validez de criterio es: ¿en qué grado el instrumento comparado con otros criterios externos mide lo mismo?, o ¿qué tan cercanamente las puntuaciones del instrumento se relacionan con otro (s) resultado (s) sobre el mismo concepto?

La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (BOSTWICK Y KYTE, 2005). A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y como opera para medirlo.

Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento (MESSICK, 1995, 1989).

Parte del grado en el que las mediciones del concepto proporcionadas por el instrumento se relacionan de manera consistente con otras mediciones de otros conceptos, de acuerdo con modelos e hipótesis derivadas teóricamente (que conciernen a los conceptos que se están midiendo) (Carmines y Zeller, 1991). A tales conceptos se les denomina constructo. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o un esquema teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros (Bostwick y kyte, 2005). No se puede ver sentir, tocar o escuchar; pero debe ser inferido de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento que se utiliza.

La validez de constructo incluye tres etapas (Carmines y Zeller, 1991):

1. se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
2. se correlacionan los conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
3. se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

Objetividad. Se refiere al grado en que éste es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan. La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instituciones y condiciones para todos los participante) y en la evaluación de los resultados; así como, al emplear personal capacitado y experimentado en el instrumento.

2.1.14 El proceso de enfermería

Alfaro, 2005, señala que el Proceso de Enfermería es un método sistemático y dinámico de proporcionar cuidados asistenciales al usuario, familia y comunidad, consta de cinco etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

El proceso de enfermería tiene seis características, es 1) sistemático, 2) dinámico, 3) interactivo, 4) flexible, 5) posee una base teórica y 6) tiene una finalidad. Es sistemático porque permite la organización del trabajo, lo cual evita los problemas que conllevan la intuición o el uso y la costumbre, y así brindar cuidados con calidad y orientados al logro de objetivos, dinámico porque evoluciona según las respuestas del paciente.

BRUNNER, 1998 refiere que la valoración inicial. Evaluación sistemática del paciente para determinar su grado de bienestar general identificar problemas de salud reales o potenciales y elaborar diagnósticos. (Se incluye análisis de los datos como parte de la evaluación)

Anamnesis de enfermera. Se elabora con el fin de identificar el estado del paciente, y se logra incluyéndola en una entrevista planeada. Esta consiste en la conducción de una conversación con el paciente a fin de recabar información acerca de él. Es preciso registrar la información obtenida en el expediente.

2.1.15 Valoración

Recolección, validación, organización y registro de los datos. Antecedentes actuales. Según pertenezcan al pasado o presente. Objetivos. Son observables, mensurables y se obtienen a través del examen físico. Subjetivos. Se refiere a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista del usuario y la familia. Generales o focalizados. Ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario, ya de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

2.1.16 Adaptación del modelo de sistemas de Betty Neuman en la hoja de registros de enfermería en la etapa de valoración

MARRINER, 2002 refiere que Neuman, considera que la enfermería es una profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés. El estrés aumenta la necesidad de ajuste. Esta respuesta no especifica del cuerpo a cualquier demanda que se haga inicia en el momento que al cliente se le diagnostica una patología y aumenta la necesidad de ajuste cuando ingresa a un hospital para realizar su tratamiento quirúrgico y llega a sus máximos niveles en el periodo perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio), en el cual existen elementos estresantes, que pueden ser positivos o negativos y que son los estímulos consecuencia del estrés que producen tensión. El modelo se basa en la teoría general de sistemas, que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el equilibrio-salud; en los pacientes en periodo perioperatorio, ya existe un desequilibrio porque ya esta presente una patología que requiere tratamiento quirúrgico.

El modelo se adapta a los clientes que presenta un factor estresante intrapersonal, una de sus variables esta afectada y existe un desequilibrio, se adapta a partir de la identificación de los factores estresantes. Existen elementos estresantes, que pueden ser negativos y que son los estímulos consecuencia del estrés que producen tensión, mismos que se relacionan con la ansiedad. Es labor de los profesionales enfermeros en la etapa de valoración identificar los factores estresantes intrapersonales interpersonales y extrapersonales, prevenirlos y evitarlos.

2.1.17 Diagnostico

Un diagnostico enfermero es “un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable”. Los diagnósticos enfermeros de la NANDA están de acuerdo con dicha definición, siendo tanto reales como potenciales (en riesgo de desarrollarse). Los elementos de un diagnóstico NANDA real son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados).

2.1.18 Diagnostico. 00146. Ansiedad

CRAFT-ROSEMBERG, 2006 lo refieren como una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. Intervención principal. Disminución de la ansiedad.

Características definitorias son las conductuales: Lanzar miradas alrededor, movimientos extraños, insomnio, inquietud. Afectivas como: Temor, arrepentimiento,

nerviosismo, preocupación creciente, fisiológicas: urgencia urinaria, voz temblorosa, sequedad bucal, tensión facial amenaza de cambio en el estado de salud, miedo de consecuencias inespecíficas, bloqueo del pensamiento. Factores relacionados. Cognitivos: estrés, amenaza de cambio en el estado de salud, miedo de consecuencias inespecíficas, bloqueo del pensamiento.

JONSON et al, 2005 alude que una vez documentados los diagnósticos se dará inicio a la fase de intervención donde se diseñarán y documentan las expectativas u objetivos de pacientes, también se diseñarán, documentarán y ejecutarán las actividades de enfermería encaminadas a dar solución a los problemas detectados en la valoración. Las Actividades de Enfermería en el paciente con factores estresante estarán encaminadas a dar solución o aliviar los factores relacionados y los problemas de salud.

GIRBES, 2008 dice que contamos actualmente con NANDA/ NOC/ NIC que nos proporcionan un lenguaje que nos permite nombrar los problemas de los pacientes susceptibles de ser abordados por enfermería, establecer los resultados actuales y esperados de nuestros pacientes y planificar las intervenciones enfermeras capaces de reducir o resolver dichos problemas.

2.1.19 (Nursing interventions Classification) NIC

DOCHTERMAN, 2005 detalla que el uso de la clasificación de intervenciones de la NIC, ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios. El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto independientes como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos. Una intervención se define como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente”. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de

actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo, éstos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de la enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia concretos. Si lo considera necesario, puede añadir nuevas actividades; sin embargo, todas las modificaciones y adiciones deben ser congruentes con la definición de la intervención.

LEÓN, 2003 menciona que la planeación de cuidados a la persona, familia o comunidad, ha sido una parte implícita, y no explícita de la práctica de enfermería, ya sea que un plan de cuidados se escriba o no, los enfermeros siempre tienen en mente un plan mientras proporcionan cuidados. Esto hace necesario que el enfermero sea explícito con su plan de cuidados, donde quede como constancia su modo científico de actuación profesional.

2.1.20 Disminución de la ansiedad

Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado: Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. Identificar los cambios

en el nivel de ansiedad. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.

2.1.21 La Ejecución

Es la puesta en práctica del plan de cuidados, la enfermera se responsabiliza de tal ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y asistencia general. En la ejecución de dicha asistencia, la enfermera evalúa de manera constante al paciente y sus respuestas.

La fase de ejecución abarca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y a la satisfacción de las necesidades asistenciales y los problemas en colaboración. La fase de ejecución del proceso de enfermería termina cuando ocurre lo propio con sus intervenciones y se registran las respuestas del paciente a éstas. La información asentada debe ser concisa, precisa y objetiva, además de: relacionarse con los diagnósticos de enfermería y los problemas en colaboración, describir las intervenciones correspondientes y las respuestas del individuo a estas.

2.1.22 (Nursing Outcomes Classification) NOC

MORREAD, 2005 representa que la clasificación de resultados de la NOC. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Describen el estado, conductas respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Es conocido que numerosas variables, junto con la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado.

2.1.23 Puntuación diana del resultado

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO.						
Nivel de ansiedad.	Grave	Sustanci	Moderado	Leve	Ninguno	Resultado y

	(8)	al (16)	(24)	(32)	(40)	observaciones.		
Puntuación global	1	2	3	4	5	P	T	P O
INDICADORES (PO)	PREOPERATORIO (P)		TRANSOPERATORIO (T)		POSTOPERATORIO			
Manos húmedas	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Tensión facial	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Ansiedad verbalizada	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Aumento de la presión sanguínea	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Aumento de la velocidad del pulso	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Trastorno de los patrones del sueño (insomnio)	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
Cambio en las pautas intestinales y urinarias	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
TOTAL DE LA PUNTUACIÓN	TOTAL					P()	T()	PO()

3 CAPITULO III

3.1 MATERIAL Y MÉTODO

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Fue de tipo: Descriptivo, exploratorio, prospectivo y transversal.

3.1.2 UNIVERSO

Las enfermeras (os) que laboraron en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán (n-98), durante el periodo del 21 de julio al 9 de agosto de 2008.

3.1.3 TÉCNICA DE MUESTREO

Se considero el muestreo por conveniencia, solo las enfermeras (os) que proporcionaron y registraron los cuidados preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios

3.1.4 MUESTRA:

27 enfermeras (os) de los turnos matutino, vespertino y nocturno, durante el periodo del 21 de julio al 9 de agosto de 2008, en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán.

3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.2.1 Criterios de inclusión

Las enfermeras (os) que proporcionaron y registraron los cuidados preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios de los turnos matutino, vespertino y nocturno, que voluntariamente aceptaron colaboran en la validación del instrumento de registros, durante el periodo del 21 de julio al 9 de agosto de 2008, en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán.

3.2.2 Criterios de exclusión

Las enfermeras (os) que proporcionaron y registraron los cuidados preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios de los turnos matutino, vespertino y nocturno, que no aceptaron colaborar en la validación del instrumento de registros, así como las que no se encontraron en el momento de la validación y la entrevista, durante el periodo del 21 de julio al 9 de agosto de 2008, en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán.

3.3 INSTRUMENTO

BRUNER, 1998

El instrumento fue un formato de registros de enfermería fundamentado en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman para identificar los factores estresantes (intrapersonales, interpersonales y extrapersonales), la norma oficial 168 y las hojas de enfermería, el Proceso de Enfermería, las taxomias (North American Nursing Diagnosis Association) NANDA, de la cual se instrumenta el diagnóstico 00146 ansiedad, relacionado con el estrés provocado por los factores estresantes, la (Nursing interventions Classification) (NIC), según el diagnóstico de ansiedad Y la clasificación de resultados de enfermería Y (Nursing Outcomes Classification) NOC, según el mismo diagnóstico; la validación se llevo a cabo por las enfermeras que realizaron los registros de la continuidad del cuidado a pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico durante el perioperatorio.

- Factores estresantes intrapersonales. Sexo, edad, peso, talla, diagnóstico preoperatorio. Antecedentes patológicos: diabetes mellitus, hipertensión arterial. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, colecistectomía u otros. Factores de riesgo: obesidad, alcoholismo, tabaquismo otros.

➤ Factores estresantes interpersonales: Conoce a la enfermera (si) (no), conoce al anesthesiólogo (si) (no), conoce al cirujano (si) (no); tiene temor a la anestesia (si) (no), temor a la cirugía (si) (no), Temor por la salud del recién nacido (si) (no), temor a la muerte (si) (no), otros temores (si) (no), Conocimiento ante la anestesia, alto (1), medio(2), bajo(3), conocimiento ante la cirugía. Alto (1) medio (2) bajo (3), Apoyo de la familia (si) (no), lugar que ocupa en la familia esposo (a) hijo (a) abuelo (a), otro.

➤ Factores estresantes extrapersonales. Económico, laboral, institucional, social, cultural, otros.

Signos vitales preoperatorios. Horario de valoración, presión arterial, frecuencia cardiaca por minuto (x`), saturación parcial de oxígeno (spo2), temperatura corporal, frecuencia respiratoria por minuto (x`), glicemia capilar.

Medicamentos. Dosis, vía, hora. Soluciones parenterales. Solución hartman simple, cloruro de sodio al 9%, hartman dextrosa, glucosa al 5%, mixta, paquete globular, otras. (Mililitros, para cuantas horas, inicio, término, medicamentos en solución, solución por pasar).

FULLER, 1998, refiere que los cuidados preoperatorios son: Retire ropa y coloque bata especial, canalice vena, verifique ayuno, compruebe estudios de laboratorio, compruebe rayos X, tomografía u otros, consentimiento informado firmada, pregunte si tiene alergias, realice tricotomía, retire esmalte de uñas, retire prótesis dentarias, retire joyas, aplique enema evacuante, retire lente o pupilentes, coloque vendajes o medias compresivas, otros. Registre si o no fue realizado el cuidado, y sus observaciones.

Características definitorias valoradas en preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio: Conductuales: Lanzar miradas alrededor, movimientos extraños, insomnio, inquietud. Afectivas: Temor, arrepentimiento, nerviosismo, preocupación creciente. Fisiológicas: Urgencia urinaria, voz temblorosa, sequedad bucal, tensión facial. Factores relacionados: Cognitivas, estrés, amenaza de cambio en el estado de salud, miedo de consecuencias inespecíficas, bloqueo del pensamiento.

Variables en periodo transoperatorio: Turno (matutino, vespertino, nocturno) días de hospitalización, cirugía programada, enfermera circulante, enfermera instrumentista, cirujano, anestesiólogo. Inicio de anestesia, bloqueo subaracnoideo, peridural, general inhalatoria, local, sedación intravenosa, otra. A derivación catéter epidural, home-pum. Asepsia, antisepsia, con yodo, exsept, microcyn60, cloruro de benzalconio, jabón quirúrgico, otros.

Posición transoperatoria: Decúbito dorsal, decúbito lateral, trendelenburg, Trendelenburg invertida, semi-fouler, laminectomia, otra.

BERRY, 2005

Instalación de catéter, sonda foley, sonda nelaton, sonda levin, otras. Instalación de venoclisis, instalación de catéter subclavio. Isquemia, inicio y término, en brazo, antebrazo muslo, otro. Placa de electro cauterio. Estudios diagnósticos transoperatorios: rayos x, laboratorios, indagando acerca de las evidencias escritas del cuidado de enfermería registradas en las hojas utilizadas durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, donde se identificaron registros de enfermería rutinarios como “el paciente paso tranquila la noche, conciente, tranquilo, normotermico, afebril entre otros.

El instrumento se estableció, considerando las cinco fases del proceso enfermero: 1) valoración, de acuerdo a la teoría de Betty Neuman, se identificaron factores estresantes: Intrapersonales: sexo, edad, peso, talla, diagnostico preoperatorio. Antecedentes patológicos: diabetes mellitus, hipertensión arterial. Signos vitales preoperatorios. Horario de valoración, presión arterial, frecuencia cardiaca por minuto, saturación parcial de oxígeno (spo2), temperatura corporal, frecuencia respiratoria por minuto, glicemia capilar. Antecedentes quirúrgicos. Factores de riesgo como: obesidad, alcoholismo, tabaquismo u otros,

Interpersonales: Conoce a la enfermera (sabe el nombre de la enfermera y si ella se presento con el cliente y sus familiares), conoce al anesthesiólogo y al cirujano; si manifiesta temor a la anestesia, a la cirugía, temor por la salud del recién nacido (si aplica), a la muerte y otros temores, conocimiento que tiene de la anestesia: alto, medio, bajo, conocimiento de la cirugía: alto, medio, bajo, si tienen apoyo de la familia, lugar que ocupa en la familia esposo (a), hijo (a) abuelo (a), u otro,

Extrapersonales: Económico, laboral, institucional, social, cultural y otros.

En el diseño de la segunda parte, se planteo la ejecución, donde se incluyeron las intervenciones preoperatorias específicas de este periodo, como la aplicación de venoclisis, colocación de bata especifica para pasar a quirófano, vendaje de miembros inferiores, verificar ayuno, alergias, solicitar la firma en la hoja de consentimiento informado, aplicación de enema evacuante, retiro de prótesis dentarias, alhajas, retiro de esmalte de uñas por mencionar algunos. Se designó un apartado de la hoja para dar evidencia de los medicamentos aplicados y las soluciones parenterales administradas.

La evaluación se comprobó al momento que se traslada al cliente al área de quirófanos, la enfermera del preoperatorio valora la preparación y verifica, en los registros que se hayan ejecutado todos los cuidados independientes, interdependientes y dependientes, simultáneamente la enfermera de quirófanos verifica el adecuado cumplimiento de los cuidados preoperatorios y que el cliente se encuentre en las mejores condiciones para ingresar a quirófano y recibir su tratamiento quirúrgico.

Para el periodo transoperatorio se diseña y estructura la hoja de registros, dando secuencia a los cuidados de enfermería desde la recepción del cliente, verificando la adecuada preparación preoperatoria para poder efectuar la cirugía, se inicia con los cuidados propios del acto quirúrgico como: la preparación psicológica e información, verificación del área operatoria y diagnostico preoperatorio, hora de inicio de la anestesia, tipo de anestesia: local, regional general u otra, colocación de catéter como sondas vesicales, catéter venoso central, venoclisis entre otros, asepsia y

antisepsia, tipo de antiséptico utilizado, posición transoperatoria, estudios de laboratorio y RX, signos vitales, medicamentos, cuenta de material textil e instrumental al inicio y término de la cirugía, soluciones parenterales, control de líquidos transoperatorios, órgano o tejido enviado a estudio histopatológico, tipo de drenajes colocados en el cliente, y cuidados postoperatorios específicos.

El posoperatorio se estructuró para dar seguimiento en la recuperación del cliente quirúrgico y los cuidados de enfermería inmediatos y mediatos, como fueron los signos vitales, estado general del paciente, herida quirúrgica, cuidados especiales, vigilancia de uresis, vómito, evacuaciones fecales, escala visual análoga del dolor, dieta, cuidados específicos, medicamentos, soluciones parenterales y control de líquidos. Al concluir el diseño, se inicia la validación por expertos (se describe mas adelante)

3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE UN FORMATO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO

Inicialmente se recolectaron las hojas de registros clínicos de enfermería de 6 hospitales públicos y privados de Morelia Michoacán, mismas que se tomaron como referente teórico, así mismo se efectuó una búsqueda minuciosa a nivel nacional e

internacional de hojas de registros clínicos de enfermería conjuntamente con la revisión bibliográfica relacionado con el tema.

Se diseñó una hoja de registros de enfermería, que permitiera dar evidencia científica escrita del cuidado de enfermería durante los periodos preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, de igual forma se realizó simultáneamente la validación de constructo, criterio, contenido y validación por expertos,

3.4.1 Evidencia relacionada con el constructo

Explica el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés, incluye tres etapas: en la primera se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico). En la segunda se correlacionan los conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación y en la última se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El instrumento de registros clínicos de enfermería tuvo sustento de constructo por el Modelo de sistemas de Betty Neuman. El modelo se adaptó en el instrumento en la etapa de valoración, plasmándolo en la primera hoja de registros, en la cual se propuso identificar factores estresantes intrapersonales, interpersonales y extrapersonales, para que la enfermera en el periodo preoperatorio valorara y registrara si los clientes presentaban factores estresantes, se sustento puesto que, una de sus variables (fisiológica) ya está afectada y existe un desequilibrio cuando se presenta una patología que requiere tratamiento quirúrgico, además de que en el entorno hospitalario existen elementos estresantes, que pueden ser negativos y que son los estímulos consecuencia del estrés que producen tensión, mismos que se relacionan con la ansiedad, también BARRILERO, et al, 1996, señalan que la cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el

paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales. Si a esto le añade las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, se encuentra en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente. Asimismo González y Pinto 2005, en el análisis factorial, refiere que dos factores emergieron: ansiedad y necesidad de información. Las mujeres eran más ansiosas que los hombres; los pacientes con un alto requisito de información también tenían un alto nivel de la ansiedad; los pacientes que nunca habían experimentado una operación tenían un requisito de información más alto y concluyeron que se requiere de mayor información sobre la anestesia más que por la cirugía. Igualmente PÉREZ 2004, refiere que cuando un paciente es hospitalizado sufre un alto nivel de estrés, por lo tanto aunque el problema por el que ingresa al hospital sea físico, también amenaza su estado emocional. Por lo que será indispensable que la enfermera se preocupe por la persona como un ser integral. En el hospital, generalmente la atención se concentra en el padecimiento físico, sin embargo, el paciente lleva consigo su estado mental, sus sentimientos y emociones, estos tienen gran importancia en la recuperación física ya que lo ayudarán a lograr su estabilidad y bienestar. Los pacientes hospitalizados, alejados de su hogar y enfrentados a un medio ambiente del que no tienen información y que en ocasiones es hostil e impersonal, experimentan un sentimiento de impotencia, angustia, temor, miedo a lo desconocido y a lo que va a ser de su persona. En ese momento dependen totalmente del cuidado, conocimiento y experiencia de profesionales que le son desconocidos, percibiendo diferentes amenazas emocionales en su bienestar, lo que le provoca alteraciones en todas sus áreas de funcionamiento, aflorándole a la superficie diferentes preocupaciones y problemas emocionales relacionados con su enfermedad y con su capacidad de enfrentar la situación presente, lo que le puede

generar un alto nivel de estrés. En teoría se cree firmemente que enfermería da un cuidado integral y que atiende las diferentes áreas del ser humano, pero en la práctica el cuidado está basado en la cultura occidental en donde se separa el cuerpo y el alma de las personas, como si fueran elementos en oposición, elementos excluyentes, olvidando que la persona es una totalidad, una unidad dinámica del ser y quehacer. Por lo que muchas veces se actúa más en el paradigma de la curación, la patología o el sistema orgánico, que en el cuidado integral de la persona, manteniendo una relación distante, en donde no se da cabida a la expresión de las preocupaciones, ni la escucha del paciente, y a veces sólo se limita a proporcionar una breve información a acerca de los procedimientos a realizar.

Por lo que, aunque el problema por el que ingresa al hospital sea físico, el desequilibrio no solo será fisiológico sino que también amenaza su estado emocional. Cuando el personal de enfermería que atiende a estas personas, es sensible al hecho de que los pacientes están experimentando una crisis de estrés, es más probable que sus intervenciones terapéuticas tengan éxito y se logre mantener el equilibrio del paciente. Concluyen en su investigación que: se comprueba que la intervención de enfermería con el marco de referencia de la teoría de los Sistemas de Betty Neuman como prevención secundaria, logra disminuir el estrés de los pacientes de urgencias, ya que reduce el efecto de los factores estresantes ayudando a mantener su línea normal de defensa estable y reforzando las líneas internas de resistencia. La principal preocupación de los pacientes fue en relación a los síntomas que tenían, pero una vez que pasó el periodo agudo de la enfermedad mostraron gran necesidad de ser escuchados y atendidos en sus necesidades básicas por personas comprensivas que los trataran como seres humanos.

SOUZA, et al, 2005, menciona “qué significaba para el cliente estar hospitalizado-atemorizante, la espera trae el miedo, quedo nervioso al ver a los otros internos.....;Es difícil, pues tengo un hijo es casa, más es preciso para no sentir más dolor.....Estos resultados nos muestran que cuanto la hospitalización trae para

el individuo sentimientos desagradables, llevándolos a creer que el tiempo de internación estimula los factores estresantes al cliente_.....Tomo buscapina para prevenir el dolor, porque tengo miedo al dolor, el dolor perjudica en la práctica de deportes y la relación sexual; en el trabajo estoy perdiendo puntos, pues estoy limitado en actividades más pesadas. Pensamos que el dolor causado por la enfermedad lleva a nuestros clientes a buscar el tratamiento quirúrgico.

3.4.2 Validez de contenido

Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto o variable medida. Esta validez de contenido se hizo de la siguiente manera:

Se diseñó un formato de registros de enfermería fundamentado en el modelo de sistemas de Betty Neuman, durante el periodo preoperatorio (etapa de **valoración**), las taxonomías (North American Nursing Diagnosis Association) NANDA, de la cual se instrumenta el **diagnóstico** 00146 ansiedad, relacionado con el estrés provocado por los factores estresantes, la (Nursing interventions Classification) (NIC) **planeación**, según la intervención principal: disminuir la ansiedad, en la etapa del preoperatorio, trasoperatorio y posoperatorio, la clasificación de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification) NOC, con el resultado: control de la ansiedad (**evaluación**), según el mismo diagnóstico durante los tres periodos, la norma oficial 168, las hojas de enfermería, las intervenciones específicas del periodo preoperatorio, trasoperatorio, posoperatorio y el Proceso de Enfermería. La validación del contenido lo llevaron a cabo las enfermeras que realizaron los registros en el instrumento (hoja de enfermería) en la continuidad del cuidado de clientes que recibieron tratamiento quirúrgico durante las fechas antes mencionadas en los tres periodos preoperatorio, trasoperatorio y posoperatorio. Se consultó a enfermeras (os) expertas (os) familiarizadas con el acto quirúrgico para ver si el contenido fue exhaustivo.

El instrumento de registros de enfermería se implementó a la práctica clínica durante el periodo perioperatorio, de un grupo de 27 enfermeras, 9 de ellas fueron seleccionadas al azar en los diferentes turnos, considerándose como criterio, de la enfermera recién egresada, con menos experiencia laboral y de la enfermera más experta con mayores conocimientos y habilidades, para que todas pudieran aplicar el instrumento, ya que, es importante considerar un instrumento validado por el personal de enfermería y que pueda ser aplicado por todos los profesionales, independientemente del nivel de estudios, la experiencia laboral, conocimientos y destrezas. Constatándose en esta etapa que el instrumento con el

criterio propuesto pudo ser aplicado por las enfermeras durante los tres procesos quirúrgicos.

3.4.3 Validez de criterio

Establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto, deben arrojar resultados similares.

Se aplicó a una muestra estratificada de enfermeras que dieron cuidados a clientes, en el hospital antes mencionado, en los tres turnos, durante el periodo preoperatorio, transoperatorio, y posoperatorio. Realizándose una segunda visita en los tres turnos, incluyendo 9 enfermeras que en el momento de la visita no estaban ocupadas, 3 de cada turno. En la etapa de **preoperatorio** se les pidió a tres enfermeras (os) que hicieran el registro de pacientes que se prepararían para **laparotomía, craneotomía y resección de nódulo mamario**. En la etapa del **transoperatorio** se pidió a tres enfermeras (os) que aplicaran el instrumento a pacientes que estaban siendo intervenidos de **cesárea, reducción de fractura de fémur y apendicetomía abierta**. En la etapa del **posoperatorio** se solicitó a otras tres enfermeras (os) que realizaran el registro de pacientes posoperados de **cesárea y reducción de fractura de fémur, apendicetomía abierta**. El instrumento pudo ser aplicado por las enfermeras para dar continuidad del cuidado a pacientes con diferentes tipos de diagnóstico preoperatorio.

3.4.4 Validación por expertos.

En esta etapa de validación se procedió a gestionar la aplicación del instrumento en el Hospital Star Médica de Morelia Michoacán y llevarlo a la práctica clínica durante un periodo de dos meses. Se inició la coordinación con las supervisoras del hospital, quienes sugirieron hacer la visita para la capacitación del personal de

enfermería en los siguientes horarios: matutino 11 de la mañana, vespertino 17 horas y nocturno 11:30 de la noche, horarios en los que se realizó un recorrido por los servicios, considerando una muestra no probabilística a conveniencia de 27 enfermeras (os) que proporcionaron y registraron los cuidados preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios durante los tres turnos, se conversó de forma individual con las (os) enfermeras (os) participantes, se dio a conocer el objetivo de la investigación, la importancia de su participación en el proyecto y se proporcionó el consentimiento informado haciendo hincapié que no era obligatoria su participación, solo se contempló quienes firmaron y desearon participar voluntariamente en el proyecto; a continuación se les dio a conocer la forma en que estaba estructurado el instrumento y sus etapas, se proporcionó el instructivo de llenado y se solicitó lo revisaran exhaustivamente para que en la próxima visita se aclararan dudas en cuanto al llenado.

El instrumento se sometió a una validación por expertos; se consideró como expertos a cinco docentes en las materias de enfermería médico quirúrgica, enfermería quirúrgica, 27 enfermeras que laboran en el área asistencial y que proporcionaron cuidados preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios (4 supervisoras de enfermería), 4 enfermeras quirúrgicas y 2 expertos en el manejo de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, mismos que realizaron un análisis minucioso de los registros que guió la hoja de enfermería en cada periodo, la secuencia del registro, examinaron las acciones propias de cada fase y a continuación se realizaron las modificaciones sugeridas, para posteriormente aplicarlo durante la práctica clínica.

Las observaciones de los expertos en las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, fueron hechas en relación al contenido de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) la cantidad de intervenciones era muy elevada para plasmarlo en una hoja de registros de enfermería, el texto que describen las intervenciones, alguno, no es utilizado en nuestro contexto, sugieren se eliminen del instrumento las intervenciones que no son aplicables en este ámbito; en la clasificación de resultados de enfermería, proponen se consideren menos indicadores y solo se apliquen los que tengan

relación con las características definitorias del diagnóstico de ansiedad; se hicieron observaciones en relación al inicio de una frase, sugieren se utilice letra mayúscula. Las enfermeras asistenciales propusieron se instrumenten más diagnósticos como riesgo de infección transoperatoria entre otros, no utilizar abreviaturas y aplicar textos completos, consideran, es mucha información en la hoja de registros y proponen se amplíe el formato en tres partes o se disminuya la información. Hacen mención que es necesario llevarlo a la práctica por más tiempo e identificar su funcionalidad con los pacientes muy graves y con múltiples cuidados e identificar si la carga laboral permite llevar a la práctica el formato de registros.

Las enfermeras supervisoras y quirúrgicas propusieron que los registros en periodo preoperatorio para identificar los factores estresantes lo realicen conjuntamente las enfermeras quirúrgicas durante la visita preoperatorio; aluden que las preguntas acerca de los temores, se hagan con otro tipo de redacción, no tan directa a los temores ante la muerte, la anestesia y la cirugía. Se solicita hacer la hoja en un formato más grande porque se ve muy saturado de información.

Las docentes de las materias de enfermería médico quirúrgica y enfermería quirúrgica, sugirieron se plasmaran todos los cuidados preoperatorios, durante el transoperatorio, mencionaron instrumentar el diagnóstico de riesgo de infección transoperatoria y en el posoperatorio sugirieron de eliminara la escala de Glasgow y la escala de Ramsay, hacen referencia a que son mínimos los clientes que requieren de este tipo de valoraciones.

Se aplico una entrevista estructurada, en escala de likert, con ítems para medir la actitud de las 27 enfermeras que participaron en el proceso de diseño e implementación del instrumento de registros de enfermería. Para identificar su actitud hacia el nuevo instrumento de registros. Se presentaron cuestionamientos en forma de afirmaciones y se solicito a los sujetos que externaran su reacción eligiendo una de las cinco categorías de la escala. Hernández, 2007, señala que la actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto. La actitud es como una “semilla” que bajo ciertas condiciones suele “germinar en comportamiento”. En esta fase, la mayoría de las

enfermeras entrevistadas presento una actitud positiva hacia el nuevo instrumento de registros de enfermería. Esto predispone positivamente a un éxito del proyecto, al continuar con la implementación de la hoja de registros clínicos de enfermería en el hospital Star Médica de Morelia Michoacán. Continuando la distribución de la hoja de enfermería para su aplicación en los Hospitales Star Medica de la republica.

3.5 ÉTICA DEL ESTUDIO

La idea de consentimiento voluntario es la raíz del consentimiento informado, que hoy en día es requisito indispensable para cualquier ensayo clínico y cualquier tratamiento con serias repercusiones. Los Comités Éticos de Investigación Clínica, exigen que en los protocolos de los ensayos clínicos que se someten a su aprobación, se incluya siempre una hoja con el consentimiento informado, que debe firmar el paciente. En caso contrario, el ensayo no puede aprobarse. Igualmente, en la practica asistencial, cuando el personal medico se percata que es necesario aplicar un tratamiento drástico, es indispensable que el paciente firme una hoja de consentimiento informado, o bien que lo haga un familiar, si el paciente es menor, minusválido o no se encuentra en situación de ejercer su autonomía.

Ley General de Salud, 2007, refiere que se deberá adaptar a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

4 CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 RESULTADOS EN CUADROS DE LA ACTITUD DE LAS ENFERMERAS, HACIA LA NUEVA HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL STAR MÉDICA DE MORELIA.

CUADRO No 1

PERÍODO DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

PERÍODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preoperatorio	10	37.0%
Transoperatorio	8	29.6%
Posoperatorio	9	33.3%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto de 2008

Se encontró que el 37% (10) del personal de enfermería del Hospital Star Médica, valoro la hoja de registros de enfermería, en el periodo preoperatorio, el 33.3 % valoro el periodo posoperatorio, y el 29.6% el transoperatorio. Habiendo un equilibrio de personal participante en los tres periodos.

CUADRO No 2

TURNO EN QUE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Turno	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Matutino	11	37.0%
Vespertino	8	29.6%
Nocturno	8	29.6%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

De acuerdo al turno en que labora el personal de enfermería del Hospital Star Medica, se encontró que el 40.7% (11) labora en el turno matutino, el 29.6% en el tuno vespertino y otro 29.6% el en el turno nocturno. Prevalece el personal que

labora en el turno matutino, la plantilla en la institución es mayor en este turno ya que la carga laboral siempre es mayor en la mañana.

CUADRO No 3

SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	24	88.9%%
Masculino	3	11.1%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

De acuerdo al sexo el 88.9 % (24) son mujeres y el 11.1% son hombres. La profesión generalmente a predominado el sexo femenino, aun cuando ya existe aumento de hombres en la matricula de las escuelas y facultades de enfermería.

CUADRO No 4

EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Edad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-29 años	20	74.1%
30-39 años	3	11.1%
40-49 años	2	7.4%
50 y más años	2	7.4%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008.

En la grafica No. 4. Se encontró que el 74.1% (20) pertenecen al grupo de 20-29 años, el 11.1% (3) pertenecen al grupo de 30-30 años, el 7-4% (2), pertenecen al

grupo de 40-49 años. Se identifico el mayor porcentaje fue en personal joven de entre 20 y 29 años de edad.

CUADRO No 5

PERSONAL DE ENFERMERÍA POR EDAD DEL HOSPITAL STAR MÉDICA

Estudios	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel Técnico	40.7%	40.7%
Nivel Licenciatura	9	33.3%
Pos Técnico	4	14.8%%
Licenciatura con Diplomados	3	11.1%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

Se encontró que el nivel de estudios del personal encuestado fue el 40.7% (11) fue de nivel técnico, el 33.3% (9) cuentan con estudios de nivel licenciatura, el 14.8% (4) cuentan con estudios pos-técnicos y el 11.1% estudios de licenciatura con diplomado.

CUADRO No 6

TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tiempo de ejercicio profesional	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	7	25.9%
2-5 años	8	29.6%
6 a 10 años	12	44.4%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

Se encontró que el tiempo de ejercicio profesional del personal de enfermería, el 44.4 % (12) tuvo entre 6-10 años de ejercicio profesional, el 29.6% (8) llevan de dos a cinco años de ejercicio profesional y el 25.9% (7) tiene menos de un año de ejercicio

de su profesión. El mayor porcentaje tuvo más de 6 años de ejercicio laboral, lo que implica que ya habían laborado en otras instituciones de salud, debido a que el hospital star Medica tiene solo 6 años de inaugurado.

CUADRO No 7

TIEMPO DE SERVICIO EN EL HOSPITAL STAR MÉDICA

Tiempo de ejercicio profesional	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	9	33.3%
1-2 años	6	22.2%
3-5 años	11	40.7%
Más de 5 años	1	3.7%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Mich. Agosto del 2008

Se encontró que el 40.7% (11) tuvo de 3-5 años de ejercicio en el hospital, el 33.3% (9) menos de un año, el 22.2% (6) entre uno y dos años y el 3.7% (1). Existe mayor porcentaje en el personal que tiene mayor antigüedad laboral en el hospital.

CUADRO No 8

No DE PACIENTES A CARGO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tiempo de ejercicio profesional	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-2	5	18.5%
3-4	14	51.9%
Más de 4 años	8	26.9%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Mich. Agosto del 2008

De acuerdo al número de pacientes a su cargo, se encontró que el 51.9% (14) tiene a su cuidado de 3-4 pacientes, el 26.9% (8) tiene a su cargo mas de 4 pacientes a su cargo y el 18.5% (5) tiene a su cargo a de 1-2 pacientes. La carga laboral de acuerdo a los pacientes asignados por turno prevalece en mayor porcentaje de entre 3 y 4 pacientes por enfermera.

CUADRO No 9

SERVICIOS EN LOS QUE SE IMPLEMENTO EL INSTRUMENTO

Servicios	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tercer piso. cirugía	4	14.8%
Cuarto piso	7	25.9%
Quinto piso, ginecología	2	7.4%
Sexto piso	2	7.4%
Quirófano	8	29.6%
Urgencias	2	7.4%
Otros	2	7.4%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

De acuerdo a los servicios en los que se implemento el instrumento valorado por el personal de enfermería, se encontró que se entrevistaron a el 29.6% (8) fueron enfermeras de quirófano, el 25.9% (7) de las enfermeras fueron en 4to piso, el 14.8% (4) en el tercer piso, un 7.4% (2) en el 5to piso, sexto piso urgencias y otros con un porcentaje de 7.4% cada uno. El mayor porcentaje de identifico en el quirófano probablemente porque ahí se concentran los pacientes de todos los servicios, le sigue el cuanto piso donde existen pacientes de preoperatorio y posoperatorio, además de ser el servicio con mayor demanda de atención en la institución.

CUADRO No 11

LA HOJA DE ENFERMERÍA DARA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

CONTINUIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	19	70.4%
Probablemente si	13	48.1%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

El 70.4% (19) dijo que definitivamente si la hoja de enfermería, dará continuidad del cuidado en el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio y el 29.6% (8) dijo que probablemente si. Las respuestas son inclinadas positivamente a que el instrumento de registros dará continuidad del cuidado de enfermería.

CUADRO No 12

LA HOJA DE ENFERMERÍA PERMITE CONOCER LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE ASÍ COMO INTERVENCIONES Y ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA

CONOCER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	20	74.1%
Probablemente si	7	25.9%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Mich. Agosto del 2008.

El 74.1% del personal de enfermería dijo que definitivamente la hoja de enfermería permite conocer la evolución del paciente, hechos o sucesos resaltantes, así como intervenciones y acciones realizadas por la enfermera, y el 25.9% (7) dijo que probablemente si.

CUADRO No 14

LA HOJA DE ENFERMERÍA TRANSFORMARÁ EL CONOCIMIENTOS COMÚN SOBRE LOS CUIDADOS EN CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

TRANSFORMARÁ EL CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	13	48.1%
Probablemente si	14	59.3%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

El 51.9% (14) del personal de enfermería dijo que probablemente si, 48.1% (13) dijo que definitivamente si, la hoja de enfermería transformara el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimiento científico.

CUADRO No 16

LA HOJA DE ENFERMERÍA POSIBILITA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS, MEJORANDO LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE SE PRESTA

POSIBILITA EL INTERCAMBIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	14	51.9%
Probablemente si	12	44.4%
Indecisa (o)	1	3.7%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Mich. Agosto del 2008.

El 51.9% del personal de enfermería encuestado dijo que definitivamente si, los registro de enfermería en la hoja, posibilita el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta, el 44.4% (12) dijo que probablemente si, y el 3.7% (1) indecisa (o).

CUADRO No 18

LA HOJA DE ENFERMERÍA MEJORA EL REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA HACIA LOS CLIENTES QUIRÚRGICOS

MEJORA EL REGISTRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	18	66.7%
Probablemente si	8	29.6%
Indecisa (o)	1	3.7%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008.

El 66.7% (18), dijo que definitivamente si la hoja de registros de enfermería mejora el registro del cuidado de enfermería hacia los clientes quirúrgicos, el 29.6% dijo que probablemente si, y el 3.7% (1) indecisa (o).

Los registros de enfermería son un problema siempre que la enfermera considere

CUADRO No 19

LA HOJA DE ENFERMERÍA DARÁ EVIDENCIA CIENTÍFICA ESCRITA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PERÍODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO

EVIDENCIA CIENTÍFICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	16	59.3%
Probablemente si	11	40.7%
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Mich. Agosto del 2008

Del personal de enfermería encuestado el 59.3% (16) dijo que definitivamente si la hoja de enfermería dará evidencia científica escrita del cuidado de enfermería, durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio el 40.7% dijo que probablemente si.

CUADRO No 20

LA HOJA DE ENFERMERÍA TIENE SUFICIENTES REGISTROS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVIDENCIAR EL TRABAJO DIARIO

SUFICIENTES REGISTROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	16	59.3%
Probablemente si	9	33.3%
Indecisa (o)	2	7.4
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008

El 59.3% (16) del personal de enfermería entrevistado dijo que definitivamente si la hoja de enfermería tiene los suficientes registros de los cuidados de enfermería para evidenciar el trabajo diario el 33.3% (9) dijo que probablemente si, y el 7.4% se mostró indecisa (o)

CUADRO No 21

LA HOJA DE ENFERMERÍA FAVORECE EL SISTEMA DE TRABAJO PARA LOS PROFESIONISTAS DE ENFERMERÍA

FAVORECE EL SISTEMA DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definitivamente si	16	59.3%
Probablemente si	11	33.3%
Indecisa (o)	2	7.4
Total	27	100.0%

Fuente: Entrevista al personal de Enfermería del Hospital Star Médica en Morelia, Michoacán. Agosto del 2008.

En la grafica No 21 el 59.3% (16) dijo que definitivamente si el registro de enfermería favorece el sistema de trabajo para los profesionistas de enfermería, un 33.3% (11) dijo que probablemente si y el 7.4% (2) se mostraron indecisas (os)

4.1.2 RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO.

Se realizo la validación del instrumento de registros de enfermería durante el preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio, la cual se estructuró a partir de cuatro fases: de constructo, contenido y de criterio, así como la validación de los expertos en la docencia y en la práctica clínica durante los tres periodos; encontrándose que la hoja de registros de enfermería mostró validez de: **Constructo** relacionada con la adaptación de la teoría de Betty Neuman, en la identificación de factores estresantes

intrapersonales interpersonales y extrapersonales de los clientes quirúrgicos en la etapa de valoración.

De **Criterio** al ser utilizado durante el perioperatorio por las enfermeras que participaron en el proceso de validación independientemente de su experiencia laboral, antigüedad, habilidades, conocimientos y nivel de estudios, de igual forma el instrumento fue aplicado por todas las (los) participantes en el proceso.

De **Contenido**, al tener sustento científico en el modelo de Betty Neuman, las taxonomías, el sustentó el diagnóstico de ansiedad con las características definitorias establecidas por la NANDA, se emplearon las intervenciones descritas por la NIC Y se evaluó la disminución de la ansiedad según la NOC durante el perioperatorio. Todo ello permitió la aplicación del instrumento en diferentes tipos de tratamientos quirúrgicos y a pacientes con diferente diagnóstico preoperatorio, dando así continuidad del cuidado en los periodos preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio.

El personal de enfermería que participo en la implementación y validación del instrumento de registros de enfermería, expresó que la hoja se quede con la estructura propuesta, sin embargo sugirieron separar la hoja en la cual se instrumenta el diagnóstico 00146 ansiedad, así mismo solicitan se instrumenten con esta misma propuesta más diagnósticos de enfermería como: riesgo de infección transoperatoria, riesgo de hipotermia, de desequilibrio electrolítico, entre otros; opinan que “cada enfermera abrirá una hoja con el diagnóstico que haya identificado en cada paciente”.

Refieren además que “los diagnósticos ya instrumentados les facilitará su aplicación, además de que no han tenido la preparación individualizada para aplicar a la práctica clínica las taxonomías, opinaron que al disponer de los diagnósticos ya instrumentados, su función será valorar a cada paciente, utilizando las hojas de diagnósticos identificados, según las necesidades individuales e instrumentar la secuencia del diagnóstico, las características definitorias, la clasificación de intervenciones y la clasificación de resultados.

Se identifico la necesidad de diseñar una hoja de registros clínicos de enfermería para los clientes que requieren tratamiento quirúrgico en cirugía ambulatoria, debido a que estos clientes requieren de cuidados específicos y su estancia hospitalaria es más corta, ya que el formato propuesto es amplio y fue diseñado para pacientes que continuaran hospitalizados por más de un día o que sus procedimientos quirúrgicos son mas invasivos.

4.2 DISCUSIÓN

En relación a la validación de constructo de la hoja de registros de enfermería se consideraron: sexo, edad, peso, talla, diagnostico preoperatorio. Antecedentes patológicos. Antecedentes quirúrgicos. Signos vitales preoperatorios y los factores de riesgo: obesidad, alcoholismo, tabaquismo entre otros como factores estresantes intrapersonales. Si el cliente conoce a la enfermera, al anestesiólogo, al cirujano o tiene temor a la anestesia, a la muerte, a la cirugía o temor por la salud del recién nacido, entre otros, si sus conocimientos ante la anestesia es alto, medio o bajo; ante la cirugía es alto, medio o bajo, si tiene apoyo de la familia y lugar que ocupa en la

como parte de los factores interpersonales. Los aspectos económico, laboral, institucional, social, cultural entre otros; conforman parte de los factores extrapersonales, según lo establece la teoría de Betty Neuman. Cuando un paciente es hospitalizado sufre alto nivel de estrés, por lo tanto aunque el problema por el que ingresa al hospital sea físico, también amenaza su estado emocional, por lo que será indispensable que la enfermera se preocupe por la persona como un ser integral asimismo de se comprueba que la intervención de enfermería con el marco de referencia el modelo de Sistemas de Betty Neuman como prevención secundaria, logra disminuir el estrés de los pacientes de urgencias, ya que reduce el efecto de los factores estresantes ayudando a mantener su línea normal de defensa estable y reforzando las líneas internas de resistencia, PEREZ 2004.

Considerando el criterio de validación de **Contenido**, el instrumento propuesto durante los periodos preoperatorio, trasoperatorio y postoperatorio, manifestó sustentabilidad científica al instrumentarse las taxonomías de enfermería que permitieron la identificación de factores estresantes según el modelo de Betty Neuman, el diagnóstico de ansiedad con las características definitorias señaladas por la NANDA, las intervenciones descritas por la NIC Y para la disminución de la ansiedad la clasificación de resultados según la NOC

Respecto al criterio la validación del instrumento de registros de enfermería se aplico durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio a pacientes con diferentes diagnósticos quirúrgicos; estableciéndose que la validez de un instrumento de medición al ser comparado con algún criterio externo que pretende medir el mismo concepto, deben proveer resultados semejantes, de acuerdo a lo que establece HERNANDEZ, 2007.

5 CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

A pesar de que al inicio de la aplicación del instrumento, hubo resistencia del personal participante, debido a que no comprendían cabalmente la importancia de la utilización del instrumento, el valor de sus opiniones y sugerencias para el mejoramiento del mismo; esta situación fue subsanada en la medida que ellas se involucraron en la ejecución del registro de su cuidado, hicieron conciencia de la trascendencia que representa dejar evidencias de su quehacer profesional.

En la etapa de **constructo**, el personal de enfermería logro identificar los factores estresantes propuestos, no obstante que las enfermeras participantes, no habían utilizado la teoría de Betty Neuman en la práctica clínica durante el perioperatorio.

Etapa de validación de **Contenido**, el instrumento aplicado por las enfermeras en el proceso quirúrgico, manifestó sustentabilidad científica al identificarse los factores estresantes según el modelo de Betty Neuman, adaptando el diagnostico de ansiedad según las características definitorias de la NANDA, las intervenciones puntualizadas por la NIC y para la disminución de la ansiedad la clasificación de resultados establecidos por la NOC.

El instrumento, permitió su aplicación en los tres periodos del proceso quirúrgico; en la etapa de validación de criterio facilitando el manejo en diagnósticos preoperatorios de laparotomía, craneotomía y resección de nódulo mamario, durante el transoperatorio se utilizó en pacientes con intervención de cesárea, reducción de fractura de fémur y apendicetomía abierta; en el posoperatorio fue usada en pacientes con diagnósticos de cesárea, reducción de fractura de fémur y apendicetomía abierta.

La actitud de las enfermeras ante la nueva hoja de registros clínicos fue muy positiva, esto predispone favorablemente a un éxito del proyecto al continuar con la implementación de la hoja de registros clínicos de enfermería en el hospital Star Médica de Morelia Michoacán. Continuando la distribución y utilización del instrumento en todos los Hospitales Star Medica de la republica.

6 CAPITULO VI

6.1 RECOMENDACIONES

Es importante retomar la presente investigación en otras instituciones de Salud públicas y privadas, con el fin de establecer comparaciones que fortalezcan la validez de los resultados y lograr la sistematización del registro de los cuidados de enfermería durante el periodo perioperatorio en los clientes que requieren tratamiento

70

quirúrgico, como herramienta de evaluación periódica en el plan de mejora continúa de la calida.

Medir el impacto de la estandarización de una hoja de registros de enfermería en la recuperación del paciente, para que unificado el registro del cuidado de enfermería sea testimonio de la contribución a la recuperación de la salud del cliente en el contexto de la atención general perioperatoria, a la luz de los lineamientos para el mejoramiento continuo.

Que las Escuelas y Facultades de Enfermería, establezcan una vinculación directa y permanente unificando los instrumentos (hojas de enfermería) con las instituciones de Salud públicas y privadas, con el objeto de identificar los avances y dificultades que presenten los egresados en relación a la aplicación del Proceso de Enfermería e investigación, al estar inmersos en los campos clínicos, para facilitar así la práctica profesional, es decir que exista congruencia entre el proyecto educativo institucional y los requerimientos del entorno laboral en las instituciones de salud y la sociedad.

Continuar monitorizando el instrumento, durante un periodo aproximado de dos años, identificar los factores que puedan influir en su implementación, recabando las observaciones y experiencias de las enfermeras que lo implemente a la práctica clínica, conocer sus experiencias y recurrir a sus sugerencias para la mejora continua, así como considerar sus aportes a la construcción del mismo de acuerdo a las necesidades en la práctica cotidiana, con considerar las necesidades de cada paciente para en un futuro contar con una herramienta que pueda ser implementada en instituciones de salud públicas y privadas a nivel nacional.

6.2 SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

La presente investigación tiene proyección, porque existe la necesidad de continuar el estudio considerando los siguientes aspectos:

- Impacto del nuevo instrumento en el mejoramiento de la calidad de la atención al los clientes que requieren tratamiento quirúrgico.

- Utilidad del nuevo instrumento para la docencia e investigación en enfermería.
- Evidencias científicas escritas de los cuidados de enfermería otorgados y registrados en el instrumento propuesto durante el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio.
- Factores que pueden influir en la implementación a la práctica del instrumento de registros de enfermería.
- Difusión de las evidencias científicas escrita del cuidado de enfermería proporcionado durante el proceso quirúrgico para el reconocimiento real de su trabajo.
- Instrumentar los diagnósticos de enfermería que no fueron contemplados en el instrumento primario como: riesgo de infección transoperatoria, riesgo de desequilibrio electrolítico, riesgo de hipotermia entre otros.
- Diseñar y validar una hoja de registros clínicos de enfermería exclusiva para el Recién Nacido.
- Diseñar y validar una hoja de registros clínicos de enfermería exclusiva para los pacientes de Cirugía ambulatoria.

7 CAPITULO VII

7.1 BIBLIOGRAFIA

- García S.P. (2008). Diccionario filosófico. Biblioteca filosófica en español. Disponible en: <http://www.filosofia.org/filomat/df460.htm>. <http://filosofia.org/filomat>.
- François, M.A. (2008). Enciclopedia. Wikipedia. Disponible en:
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Funcional#La derivada funcional y la integraci.C3.B3n_funcional](http://es.wikipedia.org/wiki/Funcional#La_derivada_funcional_y_la_integraci.C3.B3n_funcional).
- Benavent G.M.A y Leal C.M.I. (2004). *Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales*. España. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/778/lang,es/>
- Potter P. (2002). "Fundamentos de Enfermería", 5ª edición, editorial Harcourt.
- Porra, C.J.M, Díaz, V.I. y Cordero, L.G. (2001). *Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería*. Cuba. Revista Cubana de Enfermería ISSN 0864-0319. Rev Cubana Enfermer v.17 n.2.
- Ibameue. (2007). Registros de atención enfermera (r. a. e.) En urgencias y emergencias extrahospitalarias. F.I.E.U.E. Disponible en: <http://ibameue.blogspot.com/2007/04/documento-de-trabajo-sobre-registros-de.html>
- Norma Oficial Mexicana. *NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico*. (1998). México. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/EBCA157E-0D55-4A91-B98A-429A7356DC56/0/2000161168>.
- CONAMED. (2007). *Código de ética para enfermeras*. México. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/index.php>.
- Chaparro D.L. García U.D.C. (2003). *Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado*. Colombia. Revista de Enfermería. Enferm. 6(4):16-21. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-registros.htm>.
- González, F.M.J. Herrera, Rodríguez, O.I. (2006). *El proceso de atención de enfermería en la retinosis pigmentaria*. Cuba. Revista Cubana de Enfermería. v.22 n. ISSN 0864-0319.
- García R.S, Navío M.A.M y Morganizo, L.V. (2007). *Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería*. España. Revista Nure Investigación.
- Alfaro, L.R. (2005). *Aplicación del proceso enfermero*, México. 5ª edición.
- Bruner y Suddarth S.C. Smeltzer, Brenda, .G.B. (2005). *Enfermería medicoquirúrgica*.

- McGraw-Hill Interamericana, décima edición, voll. I, pp. 448-446.
- Marriner T.A. Raile A.M. (2002). *Modelos y Teorías en Enfermería*, ELSEVIER SCIENCE, Quinta edición, p.p. 299-335.
 - Alfaro, F.T. y Aguilar, M.J.E. (2006), *Factores estresantes y ansiedad cognitiva en derechohabientes del IMSS*. Oaxaca, México. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 1, pag. 25-28.
 - Craft-Rosenberg, M. Sparks R.S. Scroggins, L. Vassallo, B. Warren, J. (2005-2006). *NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. España. ELVESIER. P.p. 22-24.
 - Jonson M. Bulechek G. McGloskey Dochterman J. Mass M. Moorhead S. (2005). *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, interrelaciones NANADA, NOC Y NIC*. Mosby, Harcourt.
 - Girbés, F.M. (2008). Razonamiento clínico. España. Noticias Aentde. Disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=7>
 - Dochterman J.M. Bulechek G.M. (2005.). Mosby, *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. España. ELSEVIER. Mosby. cuarta edición. P.p. 808, 345, 382.
 - Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. (2005). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. España. ELSEVIER, Mosby. Tercera edición. P.p. 704, 559, 435.
 - Archundia G.A. (2002), *Educación quirúrgica*, Cirugía 1, México. Mc Graw-hill interamericana editor s.a. de C.V.
 - León R.C.A. (2005). Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería. Cuba. Rev Cubana Enfermer v.21 n.2. Disponible en:
 - Gómez, V.A. Y Carlos, S.R. (2004). *Sistemas de información, herramientas prácticas para la gestión empresarial*. México. Alfaomega Ra-Ma grupo editor s.a. de c.v. p.p. 3-9.
 - Pola, M.A. (1999). *Gestión de la calidad*. México. Alfaomega s.a. p.p. 9-13.
 - Hernández S.R. Fernandez, C.C. Baptista, L.P. (2007) *metodología de la investigación*. México. Mc Graw Hill. Cuarta edición. P.p. 45-97, 273-354.
 - Paz, W. M.I. (2007) *Validación del formato proceso de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una institución de salud*. Colombia. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Validacion.htm>

- García, S.M.A. (2003). Análisis de los Informes de Enfermería en los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes-Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-028.pdf>
- Pérez, R.M.C. y Espino V. ME. (2005) cuidado de enfermería en urgencias con el marco de referencia de Betty Neuman. Guanajuato. Disponible en: www.enfermeria.com.mx/Cuidado%20de%20Enfermeria%2005-04.htm.
- Piccoli, M y Gonçalves de Oliveira, A.M. (2004) Diagnóstico de riesgos de enfermería para la infección trans-operatoria documentada en Levine.
- Galdeano, L.E. Aparecida R. L. Facio N.L. y Sarreta I.D. (2003) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0104-1169&script=sci_issues .
- Fernández, L.M A; Figueras Alos, P. Companys Luengo, M J; Pinilla Torres, C y Muñoz Burguillo, M.D. (2002). Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/sumarios.htm>
- Ruiz, L.E. Muñoz, C.JH, Olivero, V.YI, Islas, S.M. (2000) Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex; 63 (4): 231-236. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/e-hg2000/e-hg00-4/em-hg004b.htm>
- García S. Álvarez F. M. A. Arias H.R.J. y Marín V.M. (1999). *Estrés quirúrgico y atención de enfermería*. Cuba. Revista Cubana de Enfermería ISSN 0864-0319. v.15 n.3.
- Ibarra, F.A.J. García S.M.M. (2007). *Registros de enfermería*. España. ISSN: 1885-7124. Capítulo 21. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>
- Fabiana, G.P. Elizabet, O.E. (2006). *Consultorio de enfermería en salud mental, un abordaje a la violencia conyugal. Argentina. Estudio de caso sobre Competencias y Buenas Prácticas de Atención Comunitaria de Enfermería a Personas Sujetas a Violencia Familiar*. Producido por las Unidades de Recursos Humanos y Género, Etnia y Salud de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS.
- Gonzales B.G Pinto S.F. (2005) Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de información Apais en la fase preoperatorio. Perú. Disponible en: <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=34694828>. y en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/gonzales_bg/html/index-frames.html
- Barrilero, G.J..A. Casero M.J. A. Cebrián P.F. Córdoba M.C.A. García A.F. Gregorio G.E. Hernández M.A. Pérez M.J. Tébar P.F.J. (1996) ansiedad y cirugía.

- Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. España. Disponible en: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- Souza, A.A Souza Z.C. Felini, R.M. (2005), *la orientación pre-operatoria al cliente: una medida de prevención frente a los factores de estrés del proceso quirúrgico*. Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 02, p. 215 – 220. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/v7n2.htm.
 - Berry & Kohn, (2005), *Técnicas de quirófano*, España. PHILLIPS, Mosby, ELSEVIER, décima edición, pp. 366-382.
 - San Jose A. San Jose R. Zuza B. Zunzarren F. Luri T. (1999). Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. España. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n3/enfera.html>
 - Fuller, Y.R. (1998). *Instrumentación quirúrgica, principio y práctica*. Editor panamericano., tercera edición.
 - Beare Myers. (2000) *Enfermería medicoquirúrgica*, HARCOURT, Mosby, vol 1, tercera edición, pp. 200-232.
 - Bruner y Suddarth S.C. Smeltzer, Brenda, .G.B. (1998). *Enfermería medicoquirúrgica*. McGraw-Hill Interamericana, octava edición, voll. II, pp. 55.
 - Paz, W. M.I. (2007) Validación del formato proceso de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una institución de salud. Colombia. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Validacion.htm>.
 - Ibarra F.A.J. García S. M.M. (2007). *Registros de enfermería*, España. ISSN: 1885-7124. Capítulo 21. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>
 - Polit, D y Hungler, B. (2004). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México. 4ª. Edición Serie PALTEX OMS.
- PAGINAS DE INTERNET.
- Cochrane.
 - Scielo
 - Cuiden (INDEX).

- Altavista.
- Medline.
- Revistas científicas de enfermería: desarrollo científico de enfermería.

8 CAPITULO VIII

8.1 ANEXOS

8.1.1 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO, EN EL HOSPITAL STAR MÉDICA DE MORELIA MICHOACAN.

Responsable: L.E. Azucena Lizalde Hernández. Asesora: Dra. Ma del Carmen Montoya Díaz. En la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana, se realiza un estudio sobre la validación de un instrumento de registros de enfermería en periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio en el hospital Star Medica de Morelia Michoacán, cuyo objetivo es validar un instrumento que permita contar con evidencia científica escrita en la continuidad del cuidado al cliente que requiere tratamiento quirúrgico. Sólo a través del registro de todo aquello que el personal de enfermería realiza, se podrá transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional, posibilitando el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención, diferenciar la actuación propia de enfermería del actuar del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo, facilitar la investigación clínica y docente. Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios. Es necesario dejar documentado el ser y el quehacer de enfermería en instrumentos de registros clínicos, ya que, lo que no se registra no existe y no se ha hecho. Convirtiéndose así pues en un registro esencial, de gran valor legal, e indicador de calidad, capaz de optimizar y acreditar la calidad de la atención de enfermería.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha (o) y entendiendo que tengo derecho a no participar, **ACEPTO** participar en la investigación. Morelia, Michoacán julio de 2008

Nombre y firma del participante Nombre y firma de la Responsable

8.1.2 ESCALA PARA MEDIR LA ACTITUD DE LAS ENFERMERAS ANTE LA NUEVA HOJA DE DE ENFEMRÍA.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

El estudio "validación de un instrumento de registros de enfermería" tiene como objetivo: Validar un instrumento de

	SEGÚN LA HOJA DE ENFERMERÍA QUE CONOCISTE Y EVALUASTE, RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. DEACUERDO A TU PROPIA OPINION Y TACHA CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CONSIDERES CORRECTO. CONDE CADA NUMERO TIENE EL SIGUIENTE SIGNIFICADO: 1.-DEFINITIVAMENTE SI 2.- PROBABLEMENTE SI 3.- INDECISO 4.- PROBABLEMENTE NO 5.- DEFINITIVAMENTE NO.	1	2	3	4	5
--	--	---	---	---	---	---

registros de enfermería en el periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, para contar con un instrumento validado que de evidencia científica escrita del cuidado de enfermería durante el proceso quirúrgico. Para esto, solicito de tu valiosa participación en el llenado de la entrevista. Los datos son confidenciales por lo cual, no se necesita nombre.

I DATOS GENERALES. CONTESTA BREVEMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y TACHA CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CONSIDERES CORRECTO.

PERIODO EN QUE REGISTRASTE: PREOPERATORIO__ TRANSOPERATORIO__ POSOPERATORIO__

- 1) **Turno en que laboras:** 1.-Matutino__ 2.-Vespertino__ 3.-Nocturno__
- 2) **Sexo:** 1.-Femenino__ 2.-Masculino__.
- 3) **Edad en años cumplidos**_____.
- 4) **Nivel de estudios:** 1.- nivel técnico__ 2.- nivel licenciatura__ 3.- Post-técnico__
4.- licenciatura con diplomado_____. 5.- otros_____

CONTESTA BREVEMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN LA LÍNEA QUE CORRESPONDA.

- 5) **Desde que terminaste el servicio social, ¿Cuánto tiempo tienes ejerciendo como enfermera en un hospital?**_____
- 6) **Tiempo de servicio como enfermera en el hospital Star Médica Morelia.**_____
- 7) **En promedio, que cantidad de pacientes tienes a tu cargo por cada turno o jornada laboral, en el hospital star Médica.**_____ **NOTA: QUIROFAN INCLUYE CIRUGÍAS CIRCULADAS POR TURNO.**
- 8) **servicio en el que te encuentras laborando en el hospital 3er piso__ 4to piso__ 5to piso__ 6to piso__.** Quirófano__ Urgencias__ otro_____

1	Consideras que la hoja de enfermería mejorará los registros de enfermería durante el proceso quirúrgico					
2	Consideras que la hoja de enfermería dará continuidad del cuidado de enfermería en el periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio					
3	Consideras que la hoja de registros de enfermería permite conocer la evolución del paciente, hechos o sucesos resaltantes así como intervenciones y acciones realizadas por la enfermera (o)					
4	Consideras que el registro en la hoja de enfermería mejorara la comunicación con los compañeros de trabajo que continúan con los cuidados pertinentes en el turno o guardia subsiguiente					
5	consideras que el registro de todo aquello que la enfermera (o) realiza podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico					
6	Consideras que los registros de enfermería en la hoja, previene la responsabilidad legal y los conflictos de enfermería durante el proceso quirúrgico					
7	Consideras que el registro de enfermería en la hoja, posibilita el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta					
8	Consideras que la hoja de registros de enfermería transmite información válida y confiable al equipo de salud					
9	Consideras que la hoja de registros facilitara mejorar el registro del cuidado de enfermería hacia los clientes quirúrgicos					
10	Consideras que la hoja de enfermería dará evidencia científica escrita del cuidado de enfermería en periodo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio					
11	Consideras que la nueva hoja de registros de enfermería tiene los suficientes registros de tus cuidados como para evidenciar tu trabajo diario.					
12	Consideras que la hoja de registros de enfermería, favorece el sistema de trabajo para los profesionistas de la enfermería.					

8.1.3 HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PERIODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO.

PERIODO PRE -OPERATORIO

VALORACIÓN PARA IDENTIFICAR FACTORES ESTRESANTES SEGÚN EL MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN								
FECHA. / / 200		TURNO: M () V () N ()		HABITACIÓN.		DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.		
NOMBRE DEL PACIENTE. SERVICIO								
SEXO: F () M ()		EDAD.		PESO.		TALLA.		
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:				ESPECIALIDAD:				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS SI/NO		ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: SI/NO		OTROS FACTORES DE RIESGO: SI/NO				
OBSERVACIONES:								
REGISTRE SIGNOS VITALES				MEDICAMENTOS				
HORARIO DE VALORACIÓN.				MEDICAMENTO.		DOSIS	VÍA	HORA (S)
PRESIÓN ARTERIAL.								
FRECUENCIA CARDIACA (X')								
SPO2 %								
FRECUENCIA RESPIRATORIA (X')								
TEMPERATURA CORPORAL (°C)								
GLICEMIA CAPILAR.								
OBSERVACIONES:								
SOLUCIONES PARENTERALES		MILILITROS.	PARA / HORAS.	INICIO/TÉRMINO	TOTAL DE SOLUCIÓN PASADA.	SOLUCIÓN POR PASAR.	MEDICAMENTOS.	
HARTMAN SIMPLE				I- T-				
				I- T-				
CLORURO DE SODIO AL 9%				I- T-				
				I- T-				
HARTMAN DEXTROSA (PI)				I- T-				
				I- T-				
GLUCOSA AL 5%				I- T-				
				I- T-				
MIXTA				I- T-				
				I- T-				
				I- T-				
QUIDADOS PREOPERATORIOS		REALIZADOS (X)	VERIFIQUE EN QUIROFANO			OBSERVACIONES		
COLOQUE BATA ESPECIAL Y GORRO								
CANALICE VENA.								
VERIFIQUE AYUNO								
COMPRUEBE ESTUDIOS DE LABORATORIO								
CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADA								
PREGUNTE SI TIENE ALERGIAS								
COLOQUE VENDAJES O MEDIAS COMPRESIVAS.								
COMPRUEBE RAYOS X, TOMOGRAFÍA U OTROS								
RETIRE JOYAS								
REALICE TRICOTOMIA								
RETIRE BARNIZ DE UÑAS								
RETIRE PRÓTESIS DENTARIAS								
RETIRE LENTE O PUPILENTES								
APLIQUE ENEMA EVACUANTE.								
OTROS:								
MICCIÓN:		VOLUMEN:	HORA:	SONDA:				
EVACUACION:		VOLUMEN:	HORA:	SONDA:				
OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA.								
NOMBRE Y FIRMA DE LAS (LOS) ENFERMERAS (OS).				MÉDICO TRATANTE.				

NIC, NOC EN PERIODO PERIOPERATORIO.

REGISTRE EN CADA RECUADRO O PARENTESIS SI EL REGISTRO FUE REALIZADO EN PERIODO PREOPERATORIO (P), TRANSOPERATORIO (T) O POSTOPERATORIO (PO)

ENSEÑANSA: PREQUIRURGICA. Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico.							PERIODO		
							P	T	PO
Actividades.									
Informar al paciente y familiares de la duración esperada de la operación.									
Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.									
Evaluar la ansiedad del paciente / ser querido relacionada con la cirugía.									
Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede.									
Proporcionar información acerca de lo que se oír, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso. Discutir las posibles medidas de control del dolor.									
DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. : Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado. Marca con una x cuando la actividad fue efectuada.									
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.									
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.									
Crear un ambiente que facilite la confianza.									
Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos									
Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.									
Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.									
Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.									
Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.									
PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO.									
Nivel de ansiedad.		Grave (8)	Sustancial (16)	Moderado (24)	Leve (32)	Ninguno (40)	Resultado y observaciones.		
Puntuación global		1	2	3	4	5	P	T	PO
INDICADORES		PREOPERATORIO (P)		TRANSOPERATORIO (T)		POSTOPERATORIO (PO)			
1	Manos húmedas	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
2	Tensión facial	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
3	Ansiedad verbalizada	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
4	Aumento de la presión sanguínea	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
5	Aumento de la velocidad del pulso	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
6	Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
7	Trastorno de los patrones del sueño	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
8	Cambio en las pautas intestinales	1	2	3	4	5	P()	T()	PO()
TOTAL DE LA PUNTUACIÓN		TOTAL					P()	T()	PO()
OBSERVACIONES.									
NOMBRE Y FIRMA DE LAS (LOS) ENFERMERAS (OS)									

**Diagnostico de ansiedad, NANDA y sus características definitorias.
Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC).
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).**

REGISTRE EN CADA RECUADRO Y PARENTESIS, SI EL REGISTRO FUE REALIZADO EN PERIODO PREOPERATORIO (P),
TRANSOPERATORIO (T) O POSTOPERATORIO (O)

DIAGNOSTICO 00146 Ansiedad . Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.										
Intervención principal. Disminución de la ansiedad.										
VALORACION: MARQUE CON UNA X SI FUE VALORADO EN (P) PREOPERATORIO (T) TRANSOPERATORIO (O) POSTOPERATORIO.										
CONDUCTUALES:		AFECTIVAS:			FISIOLÓGICAS:		FACTORES RELACIONADOS			
Lanzar miradas alrededor. (P)(T)(O)		Temor (P)(T)(O)			Urgencia urinaria (P)(T)(O)		COGNITIVAS: estrés. (P)(T)(O)			
Movimientos extraños (P)(T)(O)		Arrepentimiento (P)(T)(O)			Voz temblorosa (P)(T)(O)		Amenaza de cambio en el estado de salud. (P)(T)(O)			
Insomnio (P)(T)(O)		Nerviosismo (P)(T)(O)			Sequedad bucal (P)(T)(O)		Miedo de consecuencias inespecíficas. (P)(T)(O)			
Inquietud (P)(T)(O)		Preocupación creciente (P)(T)(O)			Tensión facial (P)(T)(O)		Bloqueo del pensamiento (P)(T)(O)			
					(P)(T)(O)		(P)(T)(O)			
					(P)(T)(O)		(P)(T)(O)			
ENSEÑANZA: PREQUIRURGICA. Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico.								PERIODO		
Actividades.								P	T	O
Informar al paciente y familiares de la duración esperada de la operación.										
Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.										
Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede.										
Proporcionar información acerca de lo que se oír, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso. Discutir las posibles medidas de control del dolor.										
DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. : Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.										
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.										
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.										
Crear un ambiente que facilite la confianza.										
Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos										
Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.										
Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.										
Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.										
Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.										
PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO.										
Nivel de ansiedad.		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Resultado y observaciones.			
Puntuación global		1	2	3	4	5	P	T	O	
INDICADORES		PREOPERATORIO (P)			TRANSOPERATORIO (T)		POSTOPERATORIO (PO)			
1	Manos húmedas	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
2	Tensión facial	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
3	Ansiedad verbalizada	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
4	Aumento de la presión sanguínea	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
5	Aumento de la velocidad del pulso	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
6	Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
7	Trastorno de los patrones del sueño (insomnio)	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
8	Cambio en las pautas intestinales y urinarias	1	2	3	4	5	P()	T()	O()	
TOTAL DE LA PUNTUACIÓN		TOTAL					P()T()O()			
OBSERVACIONES.										
NOMBRE Y FIRMA DE LAS (LOS) ENFERMERAS (OS)										

PERIODO TRANSOPERATORIO

FECHA: / /200 TURNO: M () V () N ().						DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.			
CIRUGIA PROGRAMADA:						INICIO DE CIRUGÍA.			
ESTADO GENERAL DEL PACIENTE AL INGRESO EN QUIROFANO:									
INICIO DE ANESTESIA: HRS									
TIPO DE ANESTESIA	(X)	CATETERS	(X)	POSICIÓN TRANSOPERATORIA	(X)	USO DE:	ESTUDIOS:	(X)	
BLOQUEO PERIDURAL		SONDA FOLEY (VESICAL)		DECÚBITO DORSAL		PLACA DE ELECTROCAUTERIO	RX		
BLOQUEO SUBARACNOIDEO		NELATON		LAMINECTOMIA		ISQUEMIA	HISTOPAROLOGICO		
ANESTESIA GENERAL		LEVIN (SOG) (SNG)		TRENDELENBURG			GASOMETRIA		
ANESTESIA LOCAL		VENOCLISIS		GINECOLOGICA			CULTIVO		
OBSERVACIONES:									
ASEPSIA CON: YODO/ISODINE () EXSEPT/AMUQUINA () MICROSYN 60() OTRO:									
SIGNOS VITALES									
HORARIO DE VALORACIÓN.									
PRESIÓN ARTERIAL.									
FRECUENCIA CARDIACA X'									
SPO2									
RESPIRACIONES X'									
TEMP. CORPORAL									
GLICEMIA CAPILAR									
MEDICAMENTO	DOSIS.	VÍA	HORARIOS	CUENTA DE MATERIAL		TOTAL AL INICIO	TOTAL AL TERMINO	OBSERVACION	
				GASAS CON TRAMA.					
				COMPRESAS.					
				PUSH.					
				COTONOIDES.					
				AGUJAS.					
SOLUCIONES PARENTERALES	MILILITROS.	PARA / HORAS	INICIO/TÉRMINO	TOTAL PASADO	SOLUCIÓN POR PASAR.	MEDICAMENTOS EN SOLUCIÓN			
HARTMAN SIMPLE			I- T-	ML	ML				
			I- T-	ML	ML				
			I- T-	ML	ML				
COLORURO DE SODIO AL 9%			I- T-	ML	ML				
HARTMAN DEXTROSA (PI)			I- T-	ML	ML				
			I- T-	ML	ML				
GLUCOSA AL 5%			I- T-	ML	ML				
MIXTA			I- T-	ML	ML				
			I- T-	ML	ML				
I N G R E S O S	HORARIO								
	SOLUCIÓN IV								BALANCE GLOBAL
	PAQUETE GLOBULAR								
	PLASMA								
S O S	TOTAL POR TURNO								RESULTADO
E G R E S O S	HORARIO								BALANCE GLOBAL
	HEMORRAGIA								
	URESIS								
	DRENAJES								
S O S	TOTAL POR TURNO								RESULTADO
CIRUGIA REALIZADA.						HORA DE TERMINO:			
ENVÍO A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO: ÚTERO () APÉNDICE () VESÍCULA BILIAR () SALPINGES () OTROS:									
DRENAJES: PENROSSE () DRENOVAC () J VAC () SONDA FOLEY () DRENAJE PLEURAL () OTRO:									
CUIDADO ESPECÍFICO DEL DRENAJE:									
VENDAJE. ABDOMINAL () CEFÁLICO () OTRO ()									
OBSERVACIONES:									
NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE						ENF. INSTRUMENTISTA.			
CIRUJANO.									

PERIODO TRANSOPERATORIO

Fecha: / / 200 Turno: M () V () N ().				Días de hospitalización.			
CIRUGIA PROGRAMADA:				Inicio de cirugía.			
ANESTESIA	CATETERS	POSICIÓN	ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS	Placa de electrocauterio			
Inicio de anestesia	Sonda foley	Decúbito dorsal	Rayos x.	Isquemia transoperatoria			
Anestesia general	Nelaton	Trendelenburg	Laboratorio	Inicio:		Término:	
Bloqueo subaracnoideo	Levin	Laminectomia	Histopatológico				
Bloqueo peridural	Venoclisis						
Infiltración local							
Asepsia con: Yodo () Exsept () Microsyn 60 Otro:							
OBSERVACIONES.							
SIGNOS VITALES							
Horario de valoración.							
Presión arterial.							
Presión arterial media.							
Frecuencia cardiaca (x')							
Spo2							
Frecuencia respiratoria							
Temperatura corporal.							
Glicemia capilar							
OBSERVACIONES.							
MEDICAMENTO	DOSIS.	VÍA	HORARIOS	CUENTA DE MATERIAL	TOTAL AL INICIO	TOTAL AL TERMINO	OBSERVACION
				Gasas con trama.			
				Compresas.			
				Push.			
				Cotonoides.			
				Agujas.			
				Otros.			
OBSERVACIONES.							
Soluciones parenterales	Mililitros.	Para / horas	Inicio/Término	Total pasado	Medicamentos en solución	Solución por pasar.	
Hartman simple			I- T-				
Cloruro de sodio al 9%			I- T-				
Hartman dextrosa (PI)			I- T-				
Glucosa al 5%			I- T-				
Mixta			I- T-				
			I- T-				
			I- T-				
OBSERVACIONES.							
I N G R E S O S	HORARIO						BALANCE GLOBAL
	Solución IV						GLOBAL
	Paquete globular						RESULTADO
	Plasma						POSITIVO
	Otros						
	TOTAL POR TURNO						=
E G R E S O S	HORARIO						BALANCE GLOBAL
	Hemorragia						GLOBAL
	Uresis						RESULTADO
	Drenajes						POSITIVO
	Otros						
	TOTAL POR TURNO						=
CIRUGIA REALIZADA.				HORA DE TERMINO:			
Envío a estudio histopatológico (si)(no): Útero () Apéndice () Vesícula biliar () Otros:							
Drenajes: Penrosse () Drenovac () J Vac () Sonda foley () Drenaje pleural () Otro: Observaciones							
Vendaje. Abdominal () Cefálico () otro ()							
OBSERVACIONES:							
NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE				ENF. INSTRUMENTISTA.			
CIRUJANO.							

CIRUGIA REALIZADA.		Servicio.		Fecha: / / 200					
OBSERVACIONES.									
SIGNOS VITALES.									
Horario de valoración									
Presión arterial.									
Frecuencia cardiaca (x')									
Spo2									
Temperatura corporal.									
Frecuencia respiratoria.									
Glicemia									
Glucosuria									
OBSERVACIONES:									
ESTADO GENERAL DEL PACIENTE	TURNO	HERIDA QUIRÚRGICA		TURNO	CUIDADOS ESPECIALES				
MARQUE "SI" O "NO"		Herida quirúrgica sin sangrado			O2 con puntas nasales litros X"				
Puede respirar profundamente y toser		Herida quirúrgica con poco sangrado							
Contesta y esta orientado en cuanto al sitio		Herida quirúrgica sangrado abundante							
SOMNOLIENTO									
BAJO EFECTOS DE SEDANTE									
BAJO EFECTOS DE ANESTESIA									
OBSERVACIONES:									
URESIS (ORINA)	TURNO	EVACUACIONES FECALES		TURNO	CARACTERISTICAS DEL VOMITO				
Concentrada		Normal			Hematemesis.				
Hematuria		Líquida (diarrea)			Acido gástrico.				
Oliguria		Estreñimiento			Contenido biliar.				
Disuria		Melena							
OBSERVACIONES:									
ESCALA VISUAL ANALÓGA DEL DOLOR. Nada de dolor (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10) El peor dolor.									
1ER TURNO		2DO TURNO		3ER TURNO					
OBSERVACIONES:									
DIETA	TURNO	COMPLICACION	TURNO	PENDIENTES	TURNO				
Ayuno		Náusea		Rayos X					
Dieta líquida		Vómito		Ultrasonido					
Dieta blanda		Distensión		Laboratorios					
Dieta normal									
OBSERVACIONES:									
MEDICAMENTO 1ER DIA	C/HR	DOSIS	VIA	HORARIOS	MEDICAMENTO 1ER DIA				
MEDICAMENTO 2DO DIA	C/HR	DOSIS	VIA	HORARIOS	MEDICAMENTO 2DO DIA				
SOLUCIONES PARENTERALES	MILILITROS.	MEDICAMENTOS			P / HORAS	INICIO/TÉRMINO	TOTAL	SOL. POR PASAR.	
Hartman simple						I- T-			
Hartman dextrosa (PI)						I- T-			
Cloruro de sodio al 9%						I- T-			
Glucosa al 5%						I- T-			
Mixta						I- T-			
SOLUCIONES PARENTERALES SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION.									
Hartman simple						I- T-			
Hartman dextrosa (PI)						I- T-			
Cloruro de sodio al 9%						I- T-			
Glucosa al 5%						I- T-			
Mixta						I- T-			
CONTROL DE LÍQUIDOS PRIMER DIA					CONTROL DE LÍQUIDOS SEGUNDO DIA				
INGRESOS	HORARIO								SUMATORIA
	Solución IV.								
	Paquete globular. plasma								
	otros								
	TOTAL POR TURNO								BALANCE GLOBAL:
EGRESOS	HORARIO								
	Hemorragia.								
	Uresis.								
	Drenajes.								
	Evacuación								BALANCE GLOBAL:
TOTAL POR TURNO									
NOMBRE Y FIRMA DE LAS (LOS) ENFERMERAS (OS).					MÉDICO TRATANTE.				

CIRUGIA REALIZADA.		Servicio.		Fecha: / / 200					
OBSERVACIONES.									
SIGNOS VITALES.									
Horario de valoración									
Presión arterial.									
Frecuencia cardiaca (x')									
Spo2									
Temperatura corporal.									
Frecuencia respiratoria.									
Glicemia									
Glucosuria									
OBSERVACIONES:									
ESTADO GENERAL DEL PACIENTE	TURNO	HERIDA QUIRÚRGICA	TURNO	CUIDADOS ESPECIALES	TURNO				
MARQUE "SI" O "NO"		Herida quirúrgica sin sangrado		O2 con puntas nasales litros X"					
Puede respirar profundamente y toser		Herida quirúrgica con poco sangrado							
Contesta y esta orientado en cuanto al sitio		Herida quirúrgica sangrado abundante							
SOMNOLIENTO									
BAJO EFECTOS DE SEDANTE									
BAJO EFECTOS DE ANESTESIA									
OBSERVACIONES:									
URESIS (ORINA)	TURNO	EVACUACIONES FECALES	TURNO	CARACTERÍSTICAS DEL VOMITO	TURNO				
Concentrada		Normal		Hematemesis.					
Hematuria		Líquida (diarrea)		Acido gástrico.					
Oliguria		Estreñimiento		Contenido biliar.					
Disuria		Melena							
OBSERVACIONES:									
ESCALA VISUAL ANALÓGA DEL DOLOR. Nada de dolor (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10) El peor dolor.									
1ER TURNO		2DO TURNO		3ER TURNO					
OBSERVACIONES:									
DIETA	TURNO	COMPLICACION	TURNO	PENDIENTES	TURNO	CUIDADOS	TURNO	OTROS CUIDADOS	TURNO
Ayuno		Náusea		Rayos X		Baño de esponja		Ejercicios respiratorios	
Dieta líquida		Vómito		Ultrasonido		Baño de regadera		Deambula	
Dieta blanda		Distensión		Laboratorios		Higiene de dientes			
Dieta normal						Lubricación de piel			
OBSERVACIONES:									
MEDICAMENTO 1ER DIA	C/HR	DOSIS	VIA	HORARIOS	MEDICAMENTO 1ER DIA	C/HR	DOSIS	VIA	HORARIOS
MEDICAMENTO 2DO DIA	C/HR	DOSIS	VIA	HORARIOS	MEDICAMENTO 2DO DIA	C/HR	DOSIS	VIA	HORARIOS
SOLUCIONES PARENTERALES	MILILITROS.	MEDICAMENTOS			P / HORAS	INICIO/TÉRMINO	TOTAL	SOL. POR PASAR.	
Hartman simple						I- T-			
Hartman dextrosa (PI)						I- T-			
Cloruro de sodio al 9%						I- T-			
Glucosa al 5%						I- T-			
Mixta						I- T-			
SOLUCIONES PARENTERALES SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION.									
Hartman simple						I- T-			
Hartman dextrosa (PI)						I- T-			
Cloruro de sodio al 9%						I- T-			
Glucosa al 5%						I- T-			
Mixta						I- T-			
CONTROL DE LÍQUIDOS PRIMER DIA					CONTROL DE LÍQUIDOS SEGUNDO DIA				
I N G R E S O S	HORARIO								SUMATORIA
	Solución IV.								
	Paquete globular. plasma otros								
	TOTAL POR TURNO								BALANCE GLOBAL:
E G R E S O S	HORARIO								
	Hemorragia.								
	Uresis.								
	Drenajes. Evacuación								
	TOTAL POR TURNO								BALANCE GLOBAL:
NOMBRE Y FIRMA DE LAS (LOS) ENFERMERAS (OS).					MÉDICO TRATANTE.				