



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
Facultad de Enfermería

**CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA
INTRAOPERATORIA DEL PACIENTE PEDIATRICO EN EL
CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
PEDIATRICAS PERIODO JULIO - DICIEMBRE
2017**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Centro Quirúrgico Especializado**

INVESTIGADORAS:

LESCANO CHÁVEZ, Anita Geraldine.

MIRANDA ASENJO, Felicita.

Lima – Perú

2017

Mg. Patricia Soledad Obando
Asesora

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1. Formulación del problema	03
1.2. Justificación	06
1.3. Viabilidad	06
1.4. Factibilidad	07
CAPÍTULO II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	08
2.1. Propósito	08
2.2. Objetivos General	08
2.3. Objetivos Específicos	08
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	10
3.1. Antecedentes	10
3.2. Base teórica	14
CAPITULO IV. MATERIAL Y MÉTODO	23
4.1. Diseño de estudio	23
4.2. Área de Estudio	23
4.3. Población	24
4.4. Muestra	24
4.5. Definición operacional de la variable	26
4.6. Procedimientos y técnicas de recolección de datos	28
4.7. Plan de tabulación de datos	30
4.8. Procesamiento y análisis de datos	30
CAPITULO V: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINSTRATIVAS	31
5.1. Consideraciones Éticas	31
5.2. Consideraciones Administrativas	32
5.3. Presupuesto	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

La calidad de los registros de enfermería es la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería en la valoración operatoria, pues el registrar datos constituye la fuente de información y comunicación que permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones. **Objetivo:** Determinar la calidad del registro de enfermería intraoperatorio del paciente pediátrico en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas periodo Julio – Diciembre 2017. **Material y Método:** El diseño es no experimental, de enfoque cuantitativo, descriptivo, de tipo observacional, y de corte transversal. La población estará conformada por 720 registros de enfermería de pacientes pediátricos operados en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas de Julio a Diciembre del 2017. Para la recolección de datos se aplicará la técnica de revisión documental y como instrumento la lista de chequeo de calidad de los Registros de Enfermería validado por juicio de expertos a fin de recomendaciones para potenciar el instrumento. Los resultados obtenidos por los jueces serán sometidos a la prueba binomial y un valor estadístico inferior a 0.05, sometido a prueba de confiabilidad de Kuder Richardson con valor superior a 0.7.

Luego de la aplicación del instrumento, se obtendrá el total de muestra de 251 listas de chequeo; las que se identificarán con un código numerario del 1 al 251. El procesamiento y análisis de datos se realizará mediante hojas de cálculo del sistema computarizado utilizando el software Microsoft Office Excel, construyendo una base de datos. Para realizar el análisis descriptivo, hallar el promedio, desviación estándar y análisis porcentual se exportará dicha base al Programa Estadístico SPSS, versión 20 y se procederá con el análisis de datos en tablas y gráficos.

Palabras claves: (*calidad de registros de enfermería, paciente pediátrico intraoperatorio*)

INTRODUCCIÓN

Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, los cuales deberán estar evidenciados en los registros de enfermería de Sala de Operaciones, hoja de cirugía segura, hoja de insumos, hoja de procedimientos, hoja de evaluación post anestésica; los cuales son evaluadas de forma sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados al paciente pediátrico, de esta forma también deben estar orientados a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético legal, además de ser considerados un indicador para la calidad del cuidado.

La calidad de los registros de enfermería es la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería en la valoración operatoria, pues el registrar datos constituye la fuente de información y comunicación que permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento de recurso humano (1).

La calidad es un aspecto completo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes pediátricos.

La calidad del registro de enfermería tiene un valor tan importante como la salud, es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud proactiva (2).

Es así que los registros de enfermería son canales de comunicación entre los diferentes profesionales por que facilitan la toma de decisiones en forma oportuna contribuyendo en la atención eficaz, continua y segura (3).

También constituye un documento legal de la evolución y tratamiento del paciente, por lo tanto en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera, la calidad y calidez de la atención que se brinda dentro de la institución (4).

El registro de enfermería es importante porque nos permite evidenciar la continuidad de los cuidados y al mismo tiempo promueve con garantía la calidad en la atención del paciente pediátrico.

El profesional de enfermería estudia, aplica, diseña, analiza y actualiza con la evolución científica los procedimientos y técnicas quirúrgicas para ser aplicados en el paciente pediátrico desde su ingreso hasta su egreso de sala de operaciones.

Finalmente, los registros de enfermería han constituido un medio de comunicación eficaz debido a que es parte esencial del proceso de atención de enfermería. Por ello son indispensables cada vez que puede ser requerido como evidencia en el caso de demandas legales o de cualquier otro tipo o aun cuando se requiera una información relativa del paciente pediátrico (5).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del problema

En nuestro país se está dando cambios continuos en cuanto a la transformación y organización de los sistemas de salud, lo cual hace que el profesional de enfermería adecue su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias que plantea la sociedad.

La historia clínica es un documento donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital y los documentos o formularios que existen en ella son legales y deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los profesionales de la salud (6).

Los registros de enfermería como el kardex, balance hídrico, lista de chequeo de cirugía segura y el registro propiamente dicho son parte de la Historia Clínica que constituyen los formatos legales donde se registran los cuidados brindados al paciente durante las 24 hrs. Según las necesidades y/o problemas que presenta el paciente, nos permiten contar como respaldo del trabajo realizado debido al aumento de las situaciones médico-legales, favorecen la comunicación entre los componentes del equipo de salud; utilizando un lenguaje estandarizado preciso, objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado y evolución del paciente permitiendo asegurar la continuidad de los cuidados (6).

La calidad de los registros de enfermería son importantes por que evidencian el trabajo del profesional, constituyendo una responsabilidad en la sistematización del cuidado. Por lo tanto las intervenciones de enfermería se caracterizan por un gran número de procedimientos que requieren dedicación, calidad, calidez en un tiempo oportuno y seguro por lo que no solo se elimina el riesgo para el paciente sino que también se previenen omisiones en la

evidencia del que hacer enfermero; sin embargo, es preocupante observar que las enfermeras no les confieren mayor importancia, pues realizan sus notas en forma rutinaria, sin precisión ni objetividad, y no se preocupan por la calidad de sus registros durante su elaboración (7).

La problemática de las anotaciones de Enfermería se hace evidente en los hospitales debido a que la actividad quirúrgica se ha incrementado, en los últimos años. Se calcula que a nivel mundial se realizan más de 230 millones de intervenciones al año¹⁵. En el Perú, se realizan más de 125.000 cirugías al año y en la institución en estudio se realizaron 1500 cirugías en el año 2017 (8).

El paciente pediátrico quirúrgico tiene sus propias particularidades que lo hace ser susceptible y lábil al encontrarse dentro de un quirófano, por lo que el centro de atención asistencial de enfermería deja de ser la preparación del paciente para la experiencia operatoria y pasa a la protección, la defensa y la prestación de atención, debido a la mayor dependencia del paciente durante el período peri operatorio. En este periodo la enfermera lograra identificar, planear y proporcionar una asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente, facilitar que la intervención quirúrgica transcurra sin incidencias y protejan al paciente de las lesiones (9), pues la omisión de información y no reportar los cuidados y procedimientos realizados en los pacientes, pueden dar lugar a las denuncias por negligencia profesional debido a la presencia de estas complicaciones (9).

Al revisar las historias clínicas del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas, se observa que los registros de Enfermería son solo registros narrativos, breves que realizan una valoración objetiva del estado general del paciente, al igual que el relato del acto quirúrgico y de los eventos suscitados en la intervención quirúrgica. Por otro lado al interactuar con el personal de enfermería refieren que no se le da la debida importancia a los registros porque se dedican a los procedimientos y muchas veces no les

alcanza el tiempo para realizar adecuadamente por la demanda de cirugías, además que en vez de hacerlo en forma de check list tienen que estar narrando cada acción, entre otras expresiones.

Asimismo, al conversar con la Enfermera Jefe del servicio centro quirúrgico, mencionó que existe debilidad en la elaboración de los registros de enfermería, y que es necesario sensibilizar a todo el personal asistencial acerca de la importancia de los registros de Enfermería en la atención del paciente pediátrico; confiando que con las capacitaciones que se brindarán; se tendrán mejores estándares de calidad respecto a los cuidados brindados a los pacientes pediátricos.

Por todo lo anterior expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad del registro de enfermería intraoperatoria del paciente pediátrico en el centro quirúrgico del hospital de emergencias pediátricas periodo julio – diciembre 2017?

1.2. Justificación

La presente investigación se justifica porque se aplicara definiciones de enfoques teóricos y conceptuales que fundamentan la calidad de los registros de enfermería durante el intraoperatorio del paciente pediátrico quirúrgicos.

Al determinar la calidad de los registros de enfermería durante el periodo operatorio que corresponden al pre operatorio inmediato, intraoperatorio o transoperatorio y post operatorio inmediato, se pretenderá mejorar la atención del profesional de enfermería cuando elabore sus funciones independientes para cumplir los cuidados establecidos en los pacientes pediátricos y, por medio de ello, se pueda mejorar la optimización y sistematización de los registros de enfermería.

A la vez, nos permitirá elaborar un instrumento confiable el cual será validado por especialistas que permitan identificar adecuadamente la calidad del registro de enfermería del paciente pediátrico quirúrgico.

1.3. Viabilidad

El presente trabajo se aplicara en el servicio de centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas, el cual nos permitirá tener las facilidades en su aplicación y evaluación considerando los aspectos y/o características que se tendrá que tener en cuenta y lo que se deberá que cumplir en los registros de enfermería, teniendo la probabilidad de obtener conclusiones reales, este estudio estará vinculado a la seguridad del paciente pediátrico durante el peri operatorio, lo cual quedara reflejado en la evolución del paciente.

1.4. Factibilidad

Se dispone de recursos humanos, económicos, materiales suficientes, y la disponibilidad de las autoras del estudio, además se cuenta con la disponibilidad de los registros de enfermería que se encuentran en las historias clínicas del periodo a investigar, de tal manera que se logrará ejecutar dentro del tiempo programado.

CAPÍTULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1. Propósito

El propósito del estudio es evidenciar las limitaciones que disminuyan la calidad de los registros de enfermería y por ende la calidad del cuidado del paciente pediátrico en el peri operatorio; a la vez evidenciar si la comunicación escrita es efectiva entre los profesionales que integran el equipo de salud que brindan atención al paciente pediátrico en situaciones críticas.

Asimismo, proporcionar información actualizada sobre la calidad de los registros de enfermería al centro quirúrgico del hospital de emergencias pediátricas, para que permitan la elaboración e implementación de programas de capacitación y educación continua dirigidos a los profesionales de enfermería, y les permita cumplir con las normas establecidas, fomentando el desarrollo integral de la profesión de enfermería y por ende la calidad de la atención al paciente pediátrico.

2.2. Objetivo General

Determinar la calidad del registro de enfermería intraoperatorio del paciente pediátrico en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas periodo Julio – Diciembre 2017.

2.3. Objetivos Específicos

- a) Analizar la calidad del registro de enfermería intraoperatorio del paciente pediátrico en cuanto a su estructura del centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas periodo julio – diciembre 2017.

- b) Analizar la calidad del registro de enfermería intraoperatorio del paciente pediátrico en cuanto a su contenido del centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas periodo julio – diciembre 2017.

CAPÍTULO III.

MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del estudio

Servín Morales, Eloísa y colaboradores (2012), realizaron un estudio titulado “Formatos de Registros Clínicos de Enfermería Quirúrgica” en el cual los profesionales de enfermería del INNN que laboran en el área de quirófano, carecían de un instrumento por lo que hacían uso de los registros de enfermería del área de hospitalización sin poder registrar las propias actividades del área quirúrgica como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Su objetivo fue analizar las necesidades de los profesionales de enfermería para realizar el diseño de un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica, y se llegó a la conclusión que el formato de registro de enfermería quirúrgica fue adaptado en base al registro de hospitalización, cumpliendo así con la Norma Oficial, facilitando el trabajo al momento de registrar, agilizando las actividades que se realizan y que antes no se podían registrar ya que algunas se omitían. El formato de registros clínico-quirúrgicos funciona como una guía para la continuidad de los cuidados en el área de recuperación (10).

Aline Tsuma Gaedke Nomura, y colaboradores (2016), analizaron la calidad de los registros de enfermería, comparando los períodos antes y después de la preparación para la acreditación hospitalaria, haciendo uso del Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes – Versión brasileña (Q-DIO-Versión brasileña). Método: estudio observacional de intervenciones realizado en un hospital universitario. Los registros de enfermería de 112 historias clínicas del período anterior y 112 historias clínicas del período posterior a la acreditación hospitalaria se compararon mediante el instrumento Q-DIO - Versión brasileña. Los datos fueron analizados estadísticamente. Resultados: se observó una mejora significativa de la calidad de los registros de enfermería. Conclusión: hubo un compromiso con el cambio en la cultura

por medio de las intervenciones realizadas, lo que resultó en la conquista del sello de calidad garantizado por la Joint Commission International (11).

López-Cocotle J (2015), y colaboradores realizaron un estudio de los niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería cuyo objetivo fue identificar la calidad del registro clínico de enfermería de una institución privada de salud, el método fue un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y documental, la muestra estuvo constituida por 105 notas de enfermería, se elaboraron y utilizaron como instrumentos para la evaluación, la ficha de registro de datos y la cédula de evaluación del registro clínico de enfermería. Para evaluar la calidad del registro clínico se utilizaron los niveles referidos por el manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería y la semaforización del manual metodológico de “Caminando a la Excelencia”. Conclusiones: Las áreas de mayor déficit de registro se encuentran en los indicadores de identificación, valoración, evaluación y elaboración. Respecto a la calidad del registro clínico se demuestra que ésta es de no cumplimiento, es decir, el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso. Esto evidencia la necesidad de implementar una intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro (12).

Rojas Almeyda y Aldo Javier (2014), en su investigación “Eficiencia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, cuyo objetivo de la investigación fue determinar la eficacia del programa. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasiexperimental con un solo grupo antes y después. La muestra estuvo conformada por 324 anotaciones de enfermería. La técnica fue el análisis documental y el instrumento una lista de chequeo aplicado antes y después del programa educativo. Resultados. Del 100% (324), antes del programa educativo el 58% (189) presentaban calidad técnica “buena” y 42% (135), “deficiente”. Después del programa educativo el 87% (283) presentaron

calidad técnica “buena” y el 13% (41), “deficiente”. Conclusiones. El programa educativo fue eficaz en el incremento de la calidad técnica de las anotaciones de enfermería del servicio de Medicina interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La calidad técnica de las anotaciones de enfermería en la dimensión contenido y en la dimensión estructura, luego de la aplicación del programa educativo fueron “buenas” significativamente, por lo que también se recomendó realizarlo en las diferentes áreas asistenciales del Hospital (13).

Durand Tejeira, Zoraida y colaboradores (2014), llevo a cabo un estudio sobre: “Calidad y utilización de las anotaciones de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo María Auxiliadora”, cuyos objetivos fueron identificar las características de las anotaciones de enfermería, según el sistema SOAPIE y determinar las anotaciones de enfermería según la etapa hospitalaria. El método fue descriptivo de corte transversal. La técnica fue el análisis documental empleando una guía de observación en la cual se revisaron 376 anotaciones de en enfermería durante la admisión, pre, post, operatorio inmediato y alta. Se llegó a las siguientes conclusiones: “La calidad de las anotaciones de enfermería en cuanto a la etapa hospitalaria es de regular calidad en un 74%; al evaluar las anotaciones de enfermería en base al SOAPIE se encuentra que el 57.6% son completas y el 41.7% son parcialmente completas; el 97% de las anotaciones de enfermería contiene registrado la valoración del paciente en el aspecto biológico” (14).

Palomino B. (2013), realizó el estudio titulado “Calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho” con el objetivo de identificar la calidad de las anotaciones de enfermería en su contenido y estructura. El estudio fue de descriptivo, transversal retrospectivo. La población estuvo conformada por todas las historias clínicas de los diferentes servicios de hospitalización, utilizando una lista de chequeo en la recolección de los datos. Las conclusiones a las que llegó fueron que la calidad de las notas de Enfermería fueron que en la dimensión estructura, más de la mitad

de las notas de enfermería fueron de buena calidad pues tenían firma y numero de colegiatura de la enfermera, la letra era legible y contenía datos del paciente; pero en contraste no se registraba hora, presentaban tachas y borrones, además de reflejar falta de redacción, presentación y orden; en la dimensión contenido, la mayoría fueron de deficiente calidad debido a que no se registró la información que se le brindó al paciente sobre la enfermedad, así como tratamiento y procedimientos en el hogar (15).

3.2. Base Teórica

Según la Norma Técnica, implementada por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2005 - Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud (N.T. N° 022 – MINSA/DGSP – V.02), la historia clínica y en general todos los registros en salud, constituyen documentos de alto valor gerencial, legal y académico, y su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, protegiendo los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información relevante con fines de investigación y docencia (16).

Calidad de los registros de enfermería.

La calidad de los registros de enfermería es definida como aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería, respecto a la atención y cuidados brindados a un paciente, durante las veinticuatro horas del día. La calidad de las anotaciones de Enfermería se evalúan mediante el análisis de dos dimensiones: estructura y contenido de las anotaciones de Enfermería (17).

El Doctor Avedís Donabedian reconocido en el ámbito internacional como el máximo exponente en el estudio de la calidad de la atención sanitaria, considera que ésta es la atención que se espera brindar al paciente logrando el completo bienestar con mayores beneficios posibles; uno de ellos es la preservación de la información acerca de los hallazgos entre el equipo de salud (18).

Registros de Enfermería.

Los registros de Enfermería constituyen la documentación en la cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización (19).

En consecuencia se puede afirmar que los registros de Enfermería son los documentos que el enfermero (a) utiliza, reconocido como el único medio capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la calidad de la atención brindada a cada uno de los pacientes hospitalizados (20).

Según Imogene King también desarrollo un sistema de registros, el Goal Oriented Nursing Record (GONR), para acompañar la teoría de la consecución de objetivos y para contar los logros y los resultados. El GONR es un método de recogida de datos, identificación de problemas e implementación y evaluación del cuidado, que se ha utilizado de manera eficaz en algunas situaciones con pacientes. Tanto la teoría como el GONR son útiles para la práctica por que las enfermeras tienen la capacidad de suministrar planes individualizados de cuidado a la vez que promueven una participación activa de los pacientes en la fase de toma de decisiones. Las enfermeras también pueden utilizar el enfoque del GONR para documentar la efectividad del cuidado enfermero. “Los principales elementos en este sistema son: la base de datos, los diagnósticos enfermeros, la lista de objetivos, las ordenes enfermeras, las hojas de curso, las notas de progreso y el resumen de alta (21).

Importancia de los registros de Enfermería.

Los registros de enfermería en el Centro Quirúrgico son importantes por las siguientes razones:

- Tienen un valor legal, en tanto forman parte de un documento legal donde se registra todo lo acontecido durante la estancia hospitalaria del paciente.
- Tienen un valor administrativo, pues constituyen un indicador de calidad que permite evaluar y documentar la calidad del servicio (22).

Tipos de anotaciones de Enfermería.

a) Notas de Enfermería narrativas.- Es el método tradicional que sigue un formato similar al de una historia para documentar información específica del cuidado al paciente que se brinda durante el turno. Registra el estado del paciente, las intervenciones, el tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento brindado (23).

b) Notas de Enfermería orientadas al problema.- Es el sistema de documentación que incluye recolección de datos, identificación de respuestas del paciente, desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos (24).

En este tipo de notas se usa el modelo SOAPIE, el cual es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las intervenciones, observación y evaluaciones que realiza el profesional de Enfermería (25).

“S” (Datos subjetivos): Donde se incluye los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente; se documenta las palabras exactas dichas por el paciente.

“O” (Datos objetivos): Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración y el examen físico; estos datos constituyen las características que definen los diagnósticos de Enfermería.

“A” (Aplicación diagnóstica y valoración): Incluye la interpretación Enfermería de los datos subjetivos y objetivos obtenidos del paciente durante

el proceso de valoración, y la formulación de los diagnósticos de Enfermería respecto a los problemas identificados en el paciente.

“P” (Planificación de los cuidados): Se registra los objetivos medibles y alcanzables respecto al estado de salud del paciente; realizando la planificación de las actividades y cuidados a brindar.

“I” (Intervenciones de Enfermería): Constituyen las intervenciones llevadas a cabo por el profesional de Enfermería para mitigar los problemas identificados en el paciente.

“E” (Evaluación de las intervenciones): En esta parte se evalúa la eficacia de las Intervenciones de Enfermería efectuados a la hora de alcanzar los resultados esperados en el paciente (26).

Estructura de los registros de enfermería

La estructura de los registros de enfermería se encuentra referida a los aspectos relacionados con su significancia y los aspectos físicos de su redacción; asimismo se refiere a los aspectos de la “forma” de las notas, las cuales deben estar estructuradas mediante un lenguaje científico – técnico, comprensible para todos los miembros del equipo de salud, para lo cual se deben excluir faltas de ortografía deben ser legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales (27).

Se considera que los registros de enfermería en esta dimensión deben tener las siguientes características:

a) Significancia.- Se refiere a hechos trascendentales del estado del paciente que facilita la continuidad de la atención brindada por el profesional de Enfermería.

b) Precisión.- Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna.

c) Continuidad.- Se caracteriza por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través de los registros, de acuerdo a las etapas del proceso de atención de enfermería: valoración, diagnósticos de enfermería, plan de cuidados, intervenciones y evaluación.

d) Comprensibilidad.- Se refiere a que las notas de enfermería deben ser concisas, resumidas y concretas; presentando un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia, evitando ambigüedades en el registro; asimismo, deben presentar una estructura correcta y adecuada en su redacción reflejando orden y coherencia respecto a los cuidados y actividades realizadas.

e) Legibilidad.- Se refiere a que los registros de enfermería deben escribirse con letra clara, sin tachones, borrones, escribir con tinta pues el trazo con lápiz no se observa, se borra y da lugar a cualquier alteración (28).

Contenido de los registros de enfermería

El contenido de los registros de enfermería se refiere al tipo de información que contienen estos; debiendo dicha información abarcar desde el ingreso del paciente hasta su alta hospitalaria, teniendo en consideración que estos registros deben reflejar aspectos que van a permitir la evaluación diaria del estado de salud del paciente (29).

Los registros de Enfermería en esta dimensión deben contener los siguientes aspectos:

a) Valoración.- Constituye la primera etapa del proceso de atención en enfermería y se refiere a la recolección de datos e información respecto al estado de salud del paciente; donde se evidencian por la identificación de los datos objetivos, que viene a ser la información recogida por el profesional de enfermería, a través de la observación y el examen físico cefalocaudal del paciente; y los datos subjetivos, que son los datos que el paciente refiere sobre sí mismo y sobre su estado de salud; en esta parte se evalúa el estado

físico, psicológico, espiritual y social del paciente; y se registran los datos aplicando las teorías y modelos de Enfermería relacionados a la atención de los pacientes en los ambientes hospitalarios.

b) Diagnóstico.- Constituye la segunda fase del proceso de atención en enfermería y en los registros de enfermería están representados por la formulación adecuada de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas y necesidades identificadas en el paciente, y los cuidados que se brindarán al paciente de acuerdo a los diagnósticos priorizados.

c) Planeamiento.- Constituye la tercera etapa del proceso de atención de enfermería, se registran los objetivos medibles y alcanzables respecto al estado de salud del paciente; realizando la planificación de las actividades a realizar y de los cuidados a brindar en el paciente; a través de la elaboración de un plan de cuidados.

d) Ejecución.- Constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, y están constituidas por las intervenciones llevadas a cabo por el profesional de enfermería para mitigar los problemas identificados en el paciente; realizando la ejecución del plan de cuidados diseñado según problemas y diagnósticos de enfermería priorizados en el paciente.

e) Evaluación.- Constituye la última etapa del proceso de atención de enfermería, y en los registros de enfermería es la parte donde se evalúa la eficacia de las intervenciones de enfermería brindada en base a los resultados esperados en el paciente y en la evolución del estado de salud del mismo; concluyendo con la firma y sello del profesional de enfermería que brinda el cuidado y que es responsable de la atención brindada al paciente y del registro de la nota de enfermería (30).

Paciente pediátrico en la etapa operatoria.

Paciente pediátrico

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 18 años, pasando por diferentes etapas de crecimiento desde el neonato pre término hasta la adolescencia, con sus características propias de la edad.

El niño como cualquier ser vivo debe adquirir todas las capacidades necesarias para sobrevivir en el medio lo más rápidamente posible. En esta adquisición hay dos procesos determinantes, el crecimiento y desarrollo, ambos serán muy importantes en el primer año de vida y hacen que el niño presente unas características propias y diferenciales en cuanto a morfología, fisiología, psicología (puede existir una escasa o nula colaboración tanto para realizar la valoración preanestésica como para realizar determinados procedimientos y patología (31).

El proceso quirúrgico es un conjunto de características que son comunes a todos los enfermos que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica.

Toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del niño y su familia o la repetición de una experiencia cargada de afectividad que pudo haber sido desagradable, constituyendo una amenaza a su integridad física y familiar.

Una preparación psicológica previa a la cirugía permite al niño, y a sus padres, poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyan y prevengan los trastornos psicológicos de entidad que se manifiestan en el postoperatorio y la complican (32).

Definición de las Fases Operatorias.

Cada una de sus fases comienza y termina en un momento preciso dentro de una sucesión de hechos que constituyen la experiencia quirúrgica, e incluye actividades asistenciales muy diversas.

En el denominado proceso quirúrgico se dan un conjunto de características que son comunes a todos los enfermos que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Este es el motivo por el que se habla específicamente de unos cuidados de enfermería perioperatorios, que son aplicados por el personal de enfermería (33).

Habitualmente se divide el acto quirúrgico en tres fases que aún desarrollándose sin solución de continuidad, pueden diferenciarse el preoperatorio, intraoperatorio o transoperatorio y postoperatorio.

Pre operatorio: Es el lapso que transcurre desde una decisión para efectuar la intervención quirúrgica del paciente, hasta que es llevado a sala de operaciones. La decisión tomada puede ser programada o de emergencia. Este periodo se clasifica con base a la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, y se clasifica en:

- a) **Pre operatorio Mediato:** Consiste en los cuidados que se proporciona al paciente desde el momento que ingresa a una institución hospitalaria hasta su traslado al quirófano.
- b) **Pre operatorio Inmediato:** Consiste desde que el paciente es recepcionado en quirófano hasta el momento de la inducción anestésica, y el inicio de la cirugía propiamente dicha.

Intraoperatorio o Transoperatorio: Este periodo transcurre desde que un paciente es recibido en sala de operaciones hasta que se le retira los campos quirúrgicos, y constituye el acto quirúrgico en sí, en el que intervienen diversos miembros del equipo de salud con funciones específicas cada uno, pero unidos en un objetivo común: proporcionar la máxima seguridad y eficiencia al paciente intervenido quirúrgicamente.

Post operatorio: Es el periodo de tiempo que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el paciente se recupera por completo, este periodo se divide en tres fases:

- a) **Post operatorio inmediato:** corresponde a las primeras 24 Hrs tras la cirugía en el cual pueden ocurrir complicaciones directamente relacionados con el procedimiento efectuado.
- b) **Post operatorio mediato:** esta fase abarca desde las 24 Hrs hasta 7 días después de la cirugía.
- c) **Post operatorio Tardío:** Comprende desde el 7mo día hasta cumplir un mes después de la cirugía (34).

Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no sólo de la intervención en sí misma, a pesar de que ésta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino del buen desarrollo de cada una de las etapas indicadas, no es arriesgado afirmar, que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados postoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito.

CAPITULO IV MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño de estudio

El estudio será de enfoque cuantitativo, porque los resultados que se obtengan podrán ser cuantificados asignándoles un valor numérico, de tipo descriptivo, porque se determinara la calidad de los registros de enfermería a través de un análisis univariado, de tipo observacional, porque no existirá manipulación de las variables, y de corte transversal porque se recopilará información sobre el paciente pediátrico en un determinado tiempo y espacio es decir en un momento único, y retrospectivo porque los datos serán obtenidos de las historias clínicas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas durante los meses de Julio a Diciembre del 2017.

El diseño que será utilizado en el presente estudio de investigación será el diseño no experimental, porque se realizaran sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observaran los fenómenos en su ambiente natural para analizarlo como se muestra en el siguiente esquema:

nA1  O1

Dónde:

nA1 es la muestra de historias clínicas del Servicio de Centro Quirúrgico

O1 es la descripción de la calidad de los registros de enfermería.

4.2. Área de Estudio

El presente estudio de investigación se realizara en el Hospital de Emergencias Pediátricas, que se encuentra ubicado en la octava cuadra de la Avenida Grau del distrito de La Victoria; es un Hospital de Nivel III de referencia nacional, el cual brinda atención especializada a la población infantil, con las especialidades de Cirugía, Traumatología, Neurocirugía,

Neumología, Cirugía Plástica, Cardiovascular. Así mismo cuenta con una Sala de Operaciones con 2 quirófanos, 1 sala de recuperación y 1 sala de procedimientos, ubicadas en el primer piso, con un total de 20 Enfermeras competentes y comprometidas con la recuperación y satisfacción del paciente y la familia, garantizando una alta capacidad de respuesta al usuario.

4.3. Población

La población en estudio está conformada por 720 registros de enfermería de pacientes pediátricos operados en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el periodo de Julio a Diciembre del 2017; el presente estudio se realizara con la población total.

4.4. Muestra

Para la investigación se trabajara con una muestra probabilística porque todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos siendo un total de 251 registros de enfermería de pacientes pediátricos operados en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas, la cual fue establecida por la fórmula preliminar para muestra finita considerando los siguientes estimadores estadísticos:

$$N = \frac{p \cdot q \cdot Z^2}{E^2}$$

$$(N-1)E^2 + p \cdot q \cdot Z^2$$

Fórmula para hallar la población y muestra.

- Tamaño de la población (N) = 720 Formatos de Registros de Enfermería
- Proporciones de p = 0,5; probabilidad de representar a la muestra
- Proporciones de q = 0,5; probabilidad de no representar a la muestra, p+q =1
- Valor de Z = 1.96 (95%)
- Error muestral (e) = 5%; error potencial admitido de que la muestra no represente a la población, es decir 5 de 100 casos de posibilidad de equivocarnos
- Tamaño de muestra (n)

$$n = \frac{(720) (0.5) (0.5) (1,96) (1,96)}{(720-1) (5\%) (5\%)+ (0.5) (0.5)(1,96)(1,96)}$$

$$n = 251$$

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Formato de registros de enfermería de Centro Quirúrgico.
- Formatos de registro de enfermería llenados por la enfermera circulante.
- Formatos de registros de enfermería conformados entre Julio a Diciembre del 2017.

Criterios de exclusión:

- Formatos de registros de enfermería realizados por enfermeras pasantes o de post grado.
- Otros formatos llenados por la enfermera circulante (Cirugía Segura y Hoja de Consumos)

4.5. Definición operacional de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
Calidad del registro de Enfermería intraoperatoria en paciente pediátrico	Es el documento estructurado con la finalidad de registrar los cuidados e intervenciones del profesional de enfermería realizado con el paciente quirúrgico pediátrico en el intraoperatorio y para medir el cumplimiento de requisitos de calidad.	Estructura	Es la forma de caracterizar, organizar y establecer un orden con carácter teórico, técnico y científico de los registros de enfermería del paciente pediátrico quirúrgico, según estándares y normas establecidas por la institución.	<ul style="list-style-type: none"> -Precisión de las anotaciones de Enfermería. - Continuidad de las anotaciones de Enfermería. - Comprensibilidad de las anotaciones de Enfermería. -Legibilidad de las anotaciones de Enfermería. -Simultaneidad de las anotaciones de Enfermería. 	<p>Calidad Alta: 10 a 13 pts.</p> <p>Calidad Media: 6 a 10 pts</p> <p>Calidad Baja: menor de 6 pts</p>
		Contenido	Es la descripción propia del paciente pediátrico y los cuidados de enfermería durante el peri operatorio (pre inmediato y transoperatorio y post	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de Enfermería en la etapa intraoperatoria. - Diagnóstico de Enfermería en las etapa intraoperatorio - Planificación de Enfermería en la etapa 	<p>Calidad Alta: 10 a 13 pts.</p>

			<p>inmediato), escritos de manera clara exacta con carácter legal y ético de acuerdo al Proceso de Enfermería.</p>	<p>intraoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones de Enfermería en la etapa intraoperatorio. - Evaluación de Enfermería en la etapa intraoperatorio. 	<p>Calidad Media: 10 a 6 pts.</p> <p>Calidad Baja: Menor a 6 pts.</p>
--	--	--	--	---	---

4.6. Procedimientos y técnicas de recolección de datos

Los procedimientos que se tendrán en cuenta para la recolección de datos serán los siguientes:

En cuanto a la autorización:

Se emitirá una solicitud dirigida a la dirección de la Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia solicitando la autorización respectiva para la realización del estudio de investigación.

Se presentará un oficio dirigido al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia solicitando la autorización para la ejecución del proyecto de investigación

Se gestionará el permiso respectivo a través de una solicitud dirigida al Director del Hospital de Emergencias Pediátricas, adjuntando el resumen del proyecto de investigación.

Se coordinará con la enfermera jefe del servicio de Centro quirúrgico y con el responsable de la oficina de archivo de historias clínicas del HEP para obtener y realizar la verificación de los registros de enfermería aplicando el instrumento de investigación.

En cuanto a la aplicación del instrumento:

Se ingresará a la oficina de archivo de historias clínicas del Hospital, donde se identificarán las historias clínicas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas para realizar la aplicación del instrumento y la recolección de datos propiamente dicha, teniendo en consideración que el tiempo promedio para la aplicación de cada instrumento será de aproximadamente de 5 a 10 minutos por cada historia clínica y que el requisito indispensable para este proceso es la aprobación del proyecto por las entidades pertinentes.

La técnica de recolección de datos que se utilizara en el presente estudio será la revisión documental y para la recolección de datos se hará uso del siguiente instrumento: “Lista de chequeo para la calidad y técnica de las anotaciones de enfermería” utilizado por Rojas Almeyda Aldo Javier en el estudio titulado “Eficacia de un programa educativo en la calidad y técnica de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Nacional”, realizado en el Departamento de Lima en año 2015, dicho instrumento será adaptado para los objetivos del presente estudio; el cual será sometido a proceso de validación con juicio de expertos y prueba piloto.

El instrumento de lista de chequeo para la calidad del registro de enfermería perioperatorio del paciente pediátrico quirúrgico consta de 26 ítems, divididos en 2 dimensiones que son estructura y contenido.

Estos ítems cuentan con enunciados de respuesta de “sí” y “no”, relacionados a determinar la calidad de los registros de enfermería.

Los puntajes finales del estudio; luego de aplicar el instrumento se categorizará de la siguiente forma: calidad alta = 18 a 26 puntos, calidad media = 12 a 18 puntos y calidad baja = menor de 12 puntos.

En la dimensión estructura de los registros de enfermería, la medición se clasificará de la siguiente manera: calidad alta = 10 a 13 puntos, calidad media = 6 a 10 puntos y calidad baja menor a 6 puntos.

En la dimensión contenido de los registros de enfermería, la medición se clasificará de la siguiente modo: calidad alta = 10 a 13 puntos, calidad media = 6 a 10 puntos y calidad baja menor a 6 puntos.

4.7. Plan de tabulación de datos

Luego de la aplicación del instrumento, se obtendrá el total de muestra que son de 251 Listas de chequeo; las que se identificarán con un código numerario del 1 al 251.

4.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realizará mediante hojas de cálculo del sistema computarizado utilizando el software Microsoft Office Excel, construyendo una base de datos. Para realizar el análisis descriptivo, hallar el promedio, desviación estándar y análisis porcentual (distribución de frecuencias y porcentajes), se exportará dicha base al Programa Estadístico SPSS, versión 20 y se procederá con el análisis de datos en tablas y gráficos.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

5.1. Consideraciones Éticas

Para la realización del presente trabajo de investigación se tendrá en cuenta los siguientes principios éticos:

Autonomía: Se respetará a la persona como un ser autónomo, único y libre, no se realizará referencia a los datos de los participantes del equipo quirúrgico ni a las personas sometidas a las cirugías. Se resguardará su dignidad mediante el respeto a sus expresiones, el anonimato del mismo. Los datos obtenidos se utilizarán para fines de investigación.

Beneficencia: Al término de la investigación, los resultados se presentarán a la Jefatura de Enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas, para contribuir en la toma de decisiones necesarias, oportunas y realizar un nuevo registro de enfermería que cumpla con las normas y criterios en base a su estructura y contenido.

No maleficencia: Dicho estudio no representa un daño para el participante puesto a que no se manipula ninguna variable, de manera que no perjudiquen la integridad moral, psicológica y social de la población en estudio.

Justicia. Todos los participantes serán tratados con la misma consideración y respetando en todo momento sus derechos como persona.

5.2. Consideraciones Administrativas
Cronograma de Actividades

MESES	2017											
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E		
ACTIVIDADES												
Revisión bibliográfica	X	X										
Definición del problema		X	X	X								
Justificación			X	X								
Elaboración:												
▪ Marco teórico			X	X	X							
▪ Hipótesis			X	X	X							
▪ Variables			X	X	X							
Diseño metodológico			X	X	X							
Presentación, revisión y corrección			X	X	X	X	X	X	X			
Trabajo de campo							X	X				
Tabulación y análisis de los datos										X		
Redacción del informe de tesis										X		
Revisión y corrección de informe de tesis											X	
Presentación final											X	

5.3. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO EN S/.
Papel Bond 80 gr.	1,000 hojas	50.00
Papel Bulky 80 gr.	500 hojas	10.00
Fólder Manila	4	4.00
Master	4	1.00
Lapicero (Azul y Negro)	2	5.00
Lápiz	10	10.00
Borrador	1 caja	4.00
Clips	1 caja	2.00
Grapas	2	2.00
Fólder Plástico	2	10.00
Corrector	1	2.00
Costo de Transporte	Pasajes	350.00
Refrigerio	Porciones	400.00
Copias	2,000 copias	200.00
Uso de Internet	200 horas	200.00
Impresión por Computadora	2,000 hojas	500.00
Subtotal		S/. 1750.00
Imprevistos		<u>S/. 250.00</u>
Total		S/. 2000.00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) C. Gabriela, La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Distrito Federal: Revista Mexicana de Enfermería; 2011.
- (2) Potter P. Definición de registro de enfermería en el ámbito hospitalario. Madrid: España; 2010.
- (3) Condezo M. La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de enfermería. Madrid: España; 2012.
- (4) Fretel V. Evaluación de las anotaciones de enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI. Lima: Perú; 2010.
- (5) Anglade C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima: Perú; 2012.
- (6) Martínez A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Madrid: Revista Gallega de Actualidad Sanitaria; 2012.
- (7) Méndez G. La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001; 9 (2):1 – 4.
- (8) Departamento de Cirugía del Hospital Nacional Carlos LanFranco la Hoz. Archivo de producción semestral de Centro quirúrgico, Lima, Perú: MINSA; 2014.
- (9) Farfán M. Características de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería. [Tesis de Licenciatura] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.

- (10) Servín Morales Eloisa, Cano Lara Rosa Elvira, Valencia Dolz Esperanza, Durán Ibarra Laura, María del Rocío Monroy Trevilla, “Formatos de Registros Clínicos de Enfermería Quirúrgica”, México 2012
- (11) Nomura ATG, Barragan MS, Almeida MA., Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. Rev. Latino- Am. Enfermagem 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0686.2813>.
- (12) López-Cocotle J, Saavedra-Vélez CS, Moreno-Monsiváis MG, Flores-De la Cruz, “ Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería”, Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2015 Septiembre 65-77. <http://cienciasdelasaluduv.com/site/>.
- (13) Rojas Almeyda, Aldo Javier, Eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, publicado en Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015 Lima- Perú <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4163>.
- (14) Durand Tejeira, Zoraida y colaboradores; “Calidad y utilización de las Anotaciones de Enfermería en el servicio de Cirugía A del Hospital de Apoyo María Auxiliadora”, Lima 2014
- (15) Palomino B. Calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho, 2009. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- (16) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. N.T. N° 022-. MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud. Lima: MINSA; 2005.

- (17) Fay Y. Registros de Enfermería Cuidados de Calidad. Revista Nursing 2013; 21 (3): 22 – 27
- (18) Avedis Donabedian, Calidad de la Atención de Salud, palabra clave: calidad de salud Donabedian 1019-2000.
- (19) Prieto G. Registros de Enfermería. Bogotá: Guadecon; 2013.
- (20) Pecho M, Proyecto de Auditoría en Enfermería. Hospital III José Cayetano Heredia. Es Salud – Piura. [Tesis de Licenciatura] Piura: Universidad Nacional de Piura; 2001.
- (21) Joint Commssion on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial 1991; 6:65-74.
- (22) Pecho M. Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ica. 2003. [Tesis de Licenciatura] Ica: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
- (23) Cortés G, Castillo F. Guía para la elaboración del proceso y registro de enfermería. 2da Edición Lima: Editorial Navarrete; 2002.
- (24) González M. Evaluación de la calidad de los registros de Enfermería. [Tesis de Maestría] México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2007.
- (25) Gutiérrez E. El Proceso de Enfermería. Colombia: Orión Editores; 2006.
- (26) Cedeño K, Cevallos S. Calidad de los registros de Enfermería que realiza el personal que labora en los sub procesos de Cirugía y Clínica, Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo Diciembre 2013 – Mayo 2014. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad Técnica de Manabí.
- (27) Du Gas W. Tratado de Enfermería. 4ta Edición. México: Interamericana; 2003.

- (28) Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. [Internet] [Consultado 05 de Octubre del 2016] Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/recomendacion6.pdf>
- (29) Gutiérrez E. El Proceso de Enfermería. Colombia: Orión Editores; 2016.
- (30) Iyer P, Taptich B, Bernocchi L. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 5ta Edición. México: Mc Graw Hill – Interamericana; 2015.
- (31) Garcia Goniz Manuel, Munar Bauza Francisco, Particularidades del paciente pediatico, Hospital Malano Infantil Vall d'Hebron. <https://www.clinicaloscondes.com/pediatria.cx.html>.
- (32) Rodríguez Velásquez Mirian E. y colaboradores, Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica 1ª Edc., Conferencia Nacional, Montevideo Mayo 2003 versión online ISSN 1688-1249.
- (33) Ibarra F. Antonio Jose, Isabel María Llanos O., Cuidados de pacientes pediátricos pre quirúrgicos. Alemania-España.
- (34) <https://es.slideshare.net/joseduardoaguilar/123-fases-quirugicas>

ANEXOS

ANEXO 1.

INSTRUMENTO: LISTA DE CHEQUEO PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA INTRAOPERATORIA DEL PACIENTE PEDIATRICO EN EL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS PERIODO JULIO – DICIEMBRE 2017

Nº Historia Clínica:.....Código :
 Diagnóstico Clínico:.....
 Fecha actual:.....
 Fecha del Registro de Enfermería:.....

SI: Si realiza las acciones del enunciado.
 NO: No realiza las acciones del enunciado.

CARACTERISTICAS DEL REGISTRO DE ENFERMERIA			OBSERVACION
	SI	NO	
ESTRUCTURA			
1.- En el Registro de Enfermería se visualiza la identificación de la institución a la que pertenece y el Servicio que la utiliza.			
2.- Señala fecha y hora (Turno) del registro de Enfermería			
3.- Redacta con letra legible			
4.- Anota datos de filiación del paciente.			
5.- Anota los signos y síntomas del paciente, funciones vitales, balance hídrico, y tratamiento administrado.			
6.- Está estructurado de forma clara, exacta siguiendo secuencia lógica.			
7.- Utiliza lapiceros con colores oficiales azul, negro (día) y rojo de (Noche)			
8.- Existe borrones y/o tachas en el Registro.			
9.- El enfermero coloca sello y firma incluyendo el número de colegiatura.			
10.- Los ítems están estructurados a modelo de check list.			
11.- Uso de abreviaturas no oficiales			
12.- No deja líneas en blanco			
13.- Menciona procedimientos especiales realizados al paciente durante el turno.			

CARACTERISTICAS DEL REGISTRO DE ENFERMERIA			
CONTENIDO			
VALORACION			
14.- Obtiene datos objetivos y subjetivos del paciente			
15.- Evalúa las esferas del comportamiento humano: Físico, Psicológico, Espiritual y Social			
16.- Registra datos obtenidos aplicados a los modelos y/o teorías de enfermería			
DIAGNOSTICO			
17.- Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.			
18.- Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería: Real, Potencial, Bienestar			
PLANTEAMIENTO			
19.- Planea la atención de enfermería en formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos.			
20.- Establece prioridades en el orden de los cuidados a brindar			
21.- Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC)			
22.- Establece los resultados esperados en base al problema			
EJECUCION			
23.- Registra las intervenciones de enfermería en forma adecuada y oportuna.			
24.- Realiza las notas de enfermería aplicando el SOAPIE			
EVALUACION			
25.- Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)			
26.- Evalúa las intervenciones de enfermería en base a la evolución del estado del paciente.			