



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO**

**CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA APLICANDO EL SOAPIE EN
EL PERIOPERATORIO DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DESDE
JULIO-AGOSTO 2018”**

INVESTIGADORAS:

LIC. ALEJO SILVA, Mary Carmen

LIC. SAAVEDRA CHURRANGO, Carmen Cristhina

LIC.TREVIÑO SALINAS, Cindy Rosario

LIMA – PERÚ

2018

	INDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN		1
CAPITULO I:PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		
1.1. Delimitación del problema		2
1.2. Formulación del problema		4
1.3. Justificación		4
1.4. Viabilidad		5
1.5. Factibilidad		5
CAPITULO II: PROPOSITO Y OBJETIVOS		
2.1. Propósito		6
2.2. Objetivos		6
CAPITULO III: MARCO TEÓRICO		
3.1. Antecedentes		7
3.2. Base teórica		11
CAPITULO IV: HIPÓTESIS Y VARIABLES		
4.1. Variables		23
4.2. Operacionalización de variables		24
CAPÍTULO V: MATERIAL Y MÉTODO		
5.1. Diseño de estudio		27
5.2. Área de estudio		27
5.3. Población y Muestra		27
5.4. Criterios de Inclusión, criterios de exclusión		28
5.5. Procedimientos y técnicas de recolección de datos		28
5.6. Plan de análisis de datos		30
CAPITULO VI: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS		
6.1. Consideraciones Éticas		31
6.2. Cronograma de Gantt		32
6.3. Presupuesto		33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		34
ANEXO		36

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad del registro de enfermería aplicando el SOAPIE en el perioperatorio del Hospital Cayetano Heredia desde Julio 2018 a Agosto 2018.

Material y métodos: Éste proyecto es de enfoque cuantitativo, descriptivo observacional, transversal y retrospectivo.

Se realizará la investigación en el Hospital Cayetano Heredia, la población estará conformada por 165 Historias Clínicas, donde las notas de enfermería han sido redactadas de Julio a Agosto-2018.

En la recolección de datos se empleará como técnica la observación, y como instrumento se manejará una lista de chequeo para cotejar la calidad del registro de Enfermería aplicando el SOAPIE. Los resultados obtenidos serán registrados en Excel y exportada al software estadístico SPSS VERSION 22.0 previa codificación, así mismo se manejará cuadros de una y doble entrada con sus respectivos gráficos para puntualizar su análisis.

Palabras claves: *Calidad, Registros de Enfermería, Modelo SOAPIE, Perioperatori*

INTRODUCCION

En la actualidad, el registro de enfermería basado en el SOAPIE, es de gran importancia dentro del ejercicio profesional, debido a su aspecto legal y principalmente por su base científica, constituyéndose una fuente de información para generar nuevos conocimientos. El SOAPIE, se considera un indicador que permite evaluar el grado de calidad técnico/científica, humana, ética y la responsabilidad del personal de enfermería.

De allí, se viene planeando nuevos desafíos a nivel mundial donde el profesional de enfermería tiene la capacidad de desenvolverse de manera dinámica, proactiva brindando un cuidado de calidad, los cuales deberán estar evidenciados en los registros de enfermería de Sala de Operaciones, optimizando los servicios prestados al paciente y documentando permanentemente los cuidados en un marco ético legal, además de ser considerado un indicador para la calidad del cuidado.

En tal sentido la enfermera de centro quirúrgico, enfrenta a diario nuevos retos, nuevos conocimientos, nuevas tecnologías así mismo el uso de equipos biomédicos que sustentan sus intervenciones de una manera más eficaz, eficiente, competitiva y de calidad. Durante el proceso quirúrgico deben reflejarse las notas de enfermería aplicando el SOAPIE; tanto en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

En dichos tiempos quirúrgicos, el registro de enfermería cumple un papel importante, ya que respaldan y reflejan el trabajo realizado por el profesional de enfermería, así mismo su calidad se evidencia a través de la auditoria con el único fin de evaluar, mejorar y garantizar la calidad de los servicios brindados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud ha conceptualizado el término de calidad en salud como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más propicio para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. ¹

El profesional de enfermería juega un rol importante en la atención integral del paciente quirúrgico, plasma su trabajo en documentos clínicos, usando el SOAPIE, la cual se describe de manera secuencial, con el fin de contribuir mediante las intervenciones y que se puedan reflejar en la evolución de los pacientes. Por ello requieren habilidades, conocimientos y acciones lógicas para garantizar una preparación psicológica, física, espiritual y educativa, debido a la mayor dependencia del paciente durante el período perioperatorio.²

Los registros de enfermería permiten una comunicación continua que evidencia la información del usuario para planificar los cuidados específicos. En el SOAPIE se registra la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el profesional de enfermería, su importancia se centra fundamentalmente en prestar cuidados de calidad, permitiendo el desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. ³

La calidad de los registros de enfermería es importante porque conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente. 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 otorgan suficiente 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.⁴

En el Perú la Ley del trabajo del Enfermero 27669, en capítulo II en el artículo 7 de las funciones de la enfermera(o), señala: Brindar el cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluye la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente.⁵

Así mismo el código de ética y deontología 22315 en el capítulo III: La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: La enfermera debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional, así mismo este código en su artículo 28, Los registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad.⁶

Y por último en el manual de indicadores hospitalarios PERÚ MINSA OGE 01004 2001. “Se considera a los diagnósticos de enfermería registrados y a la calidad de los registros, como indicadores del Cuidado de Enfermería”⁷

A pesar de la importancia de los registros de enfermería, dado que responde a exigencias de carácter legal, institucional y compromiso profesional, la realidad muestra que aun los profesionales de enfermería, incumplen con el registro del SOAPIE. Se evidencia que los profesionales de enfermería no les confieren la suficiente importancia en registrar sus actividades, consideran al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial, presentando registros

incompletos, no toman en cuenta datos recolectados durante la valoración como datos subjetivos.

Al revisar las historias clínicas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, durante las prácticas de la especialidad, se evidencia que existe debilidad en la elaboración de las notas de enfermería, no les confiere importancia, plasmando los registros de forma narrativa, rutinaria, siendo no precisas, ni presencian objetividad, son ilegibles, no reflejan la calidad

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del registro de Enfermería aplicando el SOAPIE en el perioperatorio del Hospital Cayetano Heredia desde Julio 2018 a Agosto 2018”

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones:

- a) **Conveniencia.-** En la actualidad el SOAPIE, se considera un indicador que permite evaluar el grado de calidad técnico/científica, humana, ética y la responsabilidad del personal de enfermería. La presente investigación servirá para adquirir destrezas en la elaboración de notas de enfermería.

- b) **Relevancia Social.-** Resulta importante, dado que permitirá conocer la realidad y las situaciones en que se redactan las notas de enfermería en el Hospital Cayetano Heredia. Permitirá formular estrategias y promover el desarrollo profesional de enfermería, así mismo fomentar el cuidado holístico e integral que ofrece la enfermera en el peri operatorio y que esta debe ser plasmada de manera óptima en sus registros.

- c) **Implicancia práctica.-** La presente investigación permitirá mejorar la elaboración de las notas de enfermería, con base científica y tener un mejor respaldo legal en el ejercicio profesional.

- d) **Valor teórico.-** Esta investigación permitirá emplear conceptos relacionados a la calidad de los registros de enfermería aplicando el SOAPIE y la sistematización de los registros de enfermería. Además se usarán enfoques teóricos y conceptuales que fundamentan la calidad de los registros de enfermería en el perioperatorio.

1.4 VIABILIDAD

El estudio se aplicará en el área de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, el cual será posible realizarlo con el apoyo y autorización al área de estudio facilitando la recolección de datos y la ejecución.

1.5 FACTIBILIDAD

Se dispone de recursos humanos, económicos, materiales para su ejecución. Asimismo, la disponibilidad de las autoras en el presente estudio.

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS

2.1. PROPÓSITO:

Éste trabajo tiene como propósito proporcionar información actualizada sobre la calidad de registros de enfermería aplicando el SOAPIE en el peri operatorio; que permitirán mejorar la elaboración de las notas de enfermería. Así mismo, servirá como pauta para la enfermera (o) con el fin de realizar auditoría a sus registros y así promover el perfeccionamiento de la profesión y a la salud del paciente.

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la calidad del registro de enfermería aplicando el SOAPIE en el perioperatorio del Hospital Cayetano Heredia desde Julio 2018 a Agosto 2018.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la calidad del registro de enfermería aplicando el SOAPIE en el perioperatorio según la dimensión estructura del Hospital Cayetano Heredia desde Julio a Agosto 2018.
- Describir la calidad del registro de enfermería aplicando el SOAPIE en el perioperatorio, según la dimensión contenido del Hospital Cayetano Heredia desde Julio a Agosto 2018.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

LESCANO CHÁVEZ A., MIRANDA ASENJO F.⁸, realizaron un estudio: “Calidad del registro de enfermería intraoperatoria del paciente pediátrico en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas periodo Julio - Diciembre 2017”.

Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, de tipo observacional, y de corte transversal. El proceso y análisis la información 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, será con 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.

BRAVO APAZA A.⁹, realizó la investigación: “Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería- C.S.J.D de Arequipa, 2017”.

El presente estudio es de tipo descriptivo y diseño correlacional; donde se tuvo como resultados que un 72,4% de los conocimientos de las enfermeras acerca del modelo SOAPIE en aspecto general es regular y en el ámbito específico también lo es con un 51,7%; la aplicación del SOAPIE en un caso clínico muestra buen nivel con un 46,6%, obteniéndose una calificación global, un 67,2 % regular y una calificación total 70,7% de manera regular. Se concluye en dicha investigación que no existe relación entre las variables Nivel de Conocimientos sobre Modelo SOAPIE y Calidad de las anotaciones de enfermería.

YESENIA SUMEN L.¹⁰, ejecutó la tesis sobre: “Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016”.

El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo, el diseño fue descriptivo simple, para la recolección de datos se empleó como técnica el análisis documental y como instrumento una ficha de revisión documentaria de 84 ítems; se obtiene un 95% de regular calidad y el 5% de mala calidad. Respecto a la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad. Mientras el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad. Por otro lado, el registro de la hoja de balance hídrico en 73% es de regular calidad, 22% de buena calidad y 5% de mala calidad y en cuanto al registro de kardex de enfermería, el 68% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad.

La investigación llegó a la conclusión de que la calidad que presentan los registros de enfermería en general, fue regular y la calidad del registro de la hoja notas de enfermería, es mala.

BARRETO AYALA E.¹¹, realizó la investigación: “Factores asociados al registro del proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia Del Hospital Alberto Sabogal Sologuren- Lima– 2015”.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo transversal prospectivo; obtuvieron un resultado donde el 89.1% presentan factores que impiden un correcto registro del PAE.

RAMOS RAMIREZ M.¹², realizó la tesis: “Factores determinantes de la calidad de registro de la hoja de enfermería-unidad de paciente crítico, Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, 2015”.

La investigación es descriptivo transversal y para la recolección de datos, se utilizó dos instrumentos: un cuestionario y una lista de chequeo; los resultados más importantes fueron que el personal de Enfermería el 62.6% tiene un grado superior al nivel Licenciatura, el 50% tiene más de 15 años de ejercicio profesional, la gran mayoría dice conocer el registro basado en problemas (S.O.A.P.I.E.) y el PAE. Se obtiene que sus informes son de tipo narrativo en el 97.3%, el registro de identificación del paciente es al 100%, sin embargo, existen falencias en el registro por contenido donde el nivel de cumplimiento del diagnóstico de enfermería es del 0%, y se llegó a la conclusión que el profesional de Enfermería cuenta con importante experiencia laboral en Cuidados Intensivos la gran mayoría con especialidad y/o Maestría en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, sin embargo, a un existen falencias en los Registros de la Hoja de Enfermería.

QUINO CHATA L.¹³, elaboró el estudio sobre: “Conocimiento y actitud sobre notas de enfermería modelo SOAPIE en enfermeras Del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón – Puno, 2014”.

Se utilizó el método descriptivo-explicativo, con diseño correlacional y los resultados y conclusiones obtenidas es que las enfermeras poseen un conocimiento regular sobre las notas de enfermería en un 50%, y un 38% tiene conocimiento bueno, mientras la 65% de las enfermeras muestran indecisión ante la aplicabilidad de notas de enfermería modelo SOAPIE. En la relación establecida entre el conocimiento y la actitud frente a la utilidad y aplicabilidad, el mayor porcentaje de enfermeras tienen conocimiento regular y poseen una actitud indecisa, demostrada porcentual y estadísticamente (Chi Cuadrada), se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, existe relación entre las variables conocimiento y actitud sobre notas de enfermería modelo SOAPIE.

CEDEÑO MEZA K., CEVALLOS CEDEÑO S.¹⁴, realizaron la investigación sobre: “Calidad de 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”.

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y diseño no experimental; cuyo resultado fueron que el formulario de signos vitales; según los parámetros analizados el llenado en su mayoría son correctos el de evolución y prescripciones médicas y de enfermería en cuanto al llenado existe una aproximación de porcentajes correctos e incorrectos; siendo el más alto el uso de esferográfico indicado (mañana-azul, tarde-verde, noche-rojo) con un 95.4% correcto; el de Kardex en su mayoría es correcto; el consentimiento informado el 96.9% cumple con el llenado siempre en el área de cirugía de mujeres y varones; el formulario de control preoperatorio el número de parámetros chequeados es mayor de 17 a 23 con un 53.8%.

MATEO SOCOP, A.¹⁵; ejecutó la tesis: “Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional De Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala. Agosto a Octubre 2014”.

El estudio fue descriptivo, retrospectivo con un abordaje cuantitativo; dicha investigación menciona en su conclusión respecto a la redacción presentan precisión en un 62%, siendo escritas con letra clara y legible en 54%, mientras que un 67% de notas no cumplen con este criterio; solo el 51% de las notas fueron elaboradas en orden lógico. Por otro lado respecto a los criterios de contenido el 83% de las notas registran como se recibe al paciente, el 91% no evidencian los tratamientos y medicamentos que se administran en el turno, además el 87% de las notas no detallan las reacciones del usuario, así mismo un 83% de las notas no registran lo que el usuario expresa, solo un 55% registran como se encuentra el usuario al termino del turno. Mientras que un 55% de las notas registran las actividades pendientes.

3.2 BASE TEORICA

Las bases teóricas para la presente investigación son las siguientes:

Florence Nigthingale, escribió su obra "Notas de Enfermería" en donde sentó las bases de la enfermería al cuidado de la salud, también fue escrita para explicar las líneas maestras sobre la prestación de servicio de la enfermería y el suministrar consejos que ayudaran a pensar como enfermeros cuando se tenga que cuidar al sujeto de una manera holística, igualmente, considerando que las notas es uno de los registros más importantes en todo el proceso de atención que realiza el personal profesional de enfermería, el mismo que debe ser visto como una forma de engrandecer la profesión, en donde la enfermera plasma lo referente a valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y la evaluación. Los registros relacionados con las actividades que realiza la enfermera (o) es imprescindible para evidenciar como el profesional se desarrolla y sobre todo para la evaluación de su eficacia y productividad, logrando así mejorar las deficiencias que se puedan obtener; pero sobre todo nos ayuda a evidenciar las acciones que realizan los enfermeros para sus pacientes de manera holística para una evolución favorable del paciente.¹⁶

Virginia Henderson hace mención a 14 necesidades básicas del ser humano y además define a la Enfermería como la profesión que se involucra con la persona en la realización de diversas tareas que contribuyen al mantenimiento o recuperación de la salud; poniendo énfasis en la realización de aquellas actividades que se pueden realizar de manera independientemente, con base, conocimientos indispensables y fuerza de voluntad para realizarlo.

Virginia Henderson considera en la elaboración del plan de cuidados, la fase de valoración, donde el profesional de Enfermería debe valorar al paciente según los 14 componentes de la asistencia de Enfermería en salud; utilizando la observación, y otros sentidos en la recolección de los datos; enfatizando en que la

enfermera debe analizar los datos recolectados, identificando adecuadamente es normal en salud y en enfermedad, para poder planificar las actividades a realizar en el cuidado del paciente. En su teoría, Henderson, sostiene que la fase de planificación implica la elaboración de un plan acorde a las necesidades del individuo, constituyendo un sistema de registro de los cuidados brindados y garantizando que se relacione con el tratamiento indicado por el médico tratante. En esta fase, el profesional de Enfermería debe ayudar al usuario a realizar actividades que conserven la salud, o en su defecto, le ayuden a lograr una muerte tranquila. Esta teoría se relaciona con este estudio debido a que en las notas de Enfermería se considera las 5 etapas del PAE; mediante la elaboración del plan de cuidados acorde a la teoría propuesta por Virginia Henderson.

Bases legales

- **LEY GENERAL DE SALUD LEY N° 26842**
- **REGLAMENTACIÓN DE LEY DEL TRABAJO DEL ENFERMERO PERUANO LEY N° 27669**
 - ✓ **CAPÍTULO II: DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA (O) ARTÍCULOS 8 Y 9.**
- **EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO DE ENFERMERAS (OS) DEL PERÚ**

En el Capítulo III, Artículo 28° indican que los registros que son realizados por la Enfermera y habiendo colocado su identidad, deben ser precisos, objetivos, sin enmendaduras. (Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras).

➤ **Norma Técnica, N° 022-MINSA/DGSP-V.02: NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD**

Todos los registros en general, como la historia clínica, forman parte de documentos de gran valor académico, legal y gerencial, además su correcto registro y seguimiento ayudan a mejorar la calidad de la atención de los usuarios, proteger los intereses legales del usuario, del personal de salud y del establecimiento, asimismo nos ayuda a brindar información para el área investigativa y docente.

Por lo tanto, es importante el registro correcto de los documentos administrativos que son incluidos en la historia clínica, desde el ingreso del paciente, logrando así responder de manera oportuna y eficaz las exigencias del usuario y de los profesionales de salud.

CALIDAD

Para la OMS, es comprobar que todos los usuarios se le brinde un conjunto de servicios de salud diagnosticando y recibiendo un tratamiento terapéutico, siendo así una atención óptima, y considerando factores y nivel de conocimiento del usuario y personal de salud, logrando obtener buenos resultados minimizando riesgos iatrogénicos y asegurando la satisfacción del paciente.

El colegio de enfermeros del Perú define que los servicios brindados por el profesional de enfermería son de calidad, se si brinda oportunamente, siendo una atención personalizada, humanizada, continua, mostrando eficiencia en base a estándares de excelencia que se manifiesta median la competitividad y responsabilidad.

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA:

Según el concepto que menciona Hullin sobre la calidad del registro de enfermería es medido en base a indicadores específicos del tipo de servicio brindado, es así que el profesional de enfermería al encontrarse en una situación operativa y de gestión para asegurar la calidad que se brinda a los usuarios. Por tal razón Hullin menciona que el marco de calidad aplicado por el registro de enfermería se encuentra directamente relacionado marco conceptual con el que se encuentra diseñado.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Según Prieto, las notas de Enfermería son documentos importantes donde se detalla de manera clara, objetiva, concreta, sistemática, precisa y comprensible la valoración obtenida en los pacientes; así como las, decisiones que se toman, la observación que se obtiene y actividades ejecutadas que se brinda a los usuarios.

Por su parte Potter, define las nota de Enfermería como el registro que describe la aplicación práctica del PAE en sus fases de valoración, diagnóstico, planificación de la asistencia, intervención y evaluación de la asistencia prestada; poniendo énfasis en que para que las notas de Enfermería sean consideradas de calidad tienen que ser objetivas, exactas, organizadas, confidenciales, completas, y actualizadas, que están basadas en la actuación de Enfermería; y que pueden contener comentarios objetivos y precisos respecto al estado de salud de los pacientes.¹⁷

Contiene:

- Anotaciones de ingreso, registro de fecha, hora y forma que el paciente ingresó, describiendo brevemente la condición del paciente.

- Registro de los signos vitales.
- Signos biológicos.
- Estado general del paciente.
- Progreso en el tiempo que se encuentra hospitalizado. Deberá registrarse los síntomas relevantes que se observan y su tratamiento.
- El registro será cada turno, así como en casos particulares, o de cuidados intermedios o intensivos, según ser requiera.
- El tratamiento que se aplica será claro, sin abreviaciones no mantener un orden estándar, no enmendaduras
- El 100% de las anotaciones deben contar con fecha, hora, firma y nombre completo del profesional de enfermería, así mismo su número de colegiatura y firma respectiva.

CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Son características que posee el registro de enfermería, en relación a la atención y los cuidados que se brinda al paciente, durante las 24 horas del día. Es así que dicha calidad debe ser evaluada mediante el análisis de la dimensión estructura y la dimensión contenido de dichas anotaciones.

Estructura de las anotaciones de Enfermería.

Ésta dimensión se refiere a los aspectos relacionados con aspectos físicos significativos de la redacción; así como los aspectos de "forma" que se registra las notas, las mismas que deben contar con un lenguaje científico y técnico, entendible para todo el personal de salud que se involucra en la atención al usuario, excluyendo errores ortográficos, así mismo ser legibles, pueden utilizarse abreviaturas y símbolos que sean universales.

Contenido de las anotaciones de Enfermería.

Ésta dimensión está relacionado al tipo de información que cuentan los registros, donde debe contar desde el ingreso del usuario al servicio, aperturando una historia clínica, hasta su alta médica, además se debe tener presente que dichos registros deben mostrar aspectos que nos permita evaluar de manera diaria el estado de salud del usuario.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

A. En su estructura:

- **Precisión:** los hechos deberán ser descritos con precisión, siguiendo un orden lógico, no omitiendo puntos importantes y ser continua y oportuna. iniciar cada nota con el día, hora y finalizar con la firma de la enfermera responsable.
- **Significancia:** Son los hechos significativos del estado del usuario, ayudando a una atención continua del personal de enfermería. No dejar espacios en blanco en las notas de enfermería.
- **Claridad:** contra con un lenguaje entendible, correcta ortografía y concordancia evitando confusiones. No deben aparecer enmendaduras. No tachar ni colocar corrector en los errores cometidos mientras se redacta el registro; se puede dar solución trazando una línea sobre el error y especificando que es un error, firmando y colocando nombre para luego ser redactado de manera correcta.
- **Concisión:** Las notas deben ser resumidas, concretas, y no olvidar colocar fecha y hora.

B. En su contenido:

- Evaluación Física: describir la valoración, signos y síntomas, acontecimientos que ocurren durante la prestación de servicios y secuelas relacionadas a la enfermedad. identificar problemas reales y potenciales.
- Comportamiento Interacción: son las respuestas que el paciente manifiesta ante el cuidado que recibe durante su estadía hospitalaria, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.
- Estado de Conciencia: es la orientación y capacidad de comprensión del usuario en todos lo referente sobre el proceso de su enfermedad, tratamiento, intervenciones que se le realizaran.
- Condiciones Fisiológicas: abarca signos vitales, higiene, alimentación, deambulación, descaso, etc.
- Educación: es la información que obtiene por la enfermera en todo lo respecto sobre enfermedad, tratamiento, procedimientos realizados o a realizar.
- Información: se redacta sobre las coordinaciones que se realiza con miembros del equipo de salud.
- Los enfermeros deben de tener en cuenta los antecedentes y problemas actuales del usuario.¹⁸

TIPOS DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

a) Notas de Enfermería narrativas.- Estas notas tienen como característica principal que siguen el método tradicional, donde se maneja un registro similar a la historia clínica que ayudará a realizar la documentación correcta del cuidado que es brindado al paciente durante el turno de atención; considerando el registro del estado de salud del paciente, de las intervenciones brindadas, el tratamiento y lo manifestado por el usuario respecto al tratamiento administrado.¹⁸

b) Notas de Enfermería orientadas al problema.- Este tipo de notas constituyen un sistema de documentación realizada en forma análoga al PAE; por ello, incluyen dentro de la etapa de recolección de datos, la información relacionada a la identificación de necesidades y respuestas del paciente; así como también la elaboración de un plan de cuidados así como la evaluación de los cuidados brindados conforme a los objetivos propuestos antes de la intervención de Enfermería; toda la información plasmada en las notas debe estar enfocada en la priorización oportuna de los problemas encontrados en el paciente.

Dichas notas orientadas al problema, se emplea el uso del **SOAPIE**, que es una manera sistemática para realizar el registro y su identificación de las necesidades y problemas evidenciados en el usuario respecto a los datos subjetivos y objetivos, considerando también las intervenciones y evaluación de las atenciones que brinda profesional de Enfermería.

Las abreviaturas del SOAPIE es importante para realizar el registro de las notas de Enfermería, representando de manera secuencial, lógica y ordenada, las cuales son representadas de la siguiente manera:

- “S” (Datos subjetivos): En esta fase considera el registro de los sentimientos, emociones, preocupaciones y síntomas y manifestados por el paciente durante la atención brindada; estos datos surgen de la conversación e interrelación enfermero(a) – paciente, y la documentación se realiza registrando las palabras expresadas por el usuario de manera exacta.
- “O” (Datos objetivos): Ésta fase se consideran los hallazgos observado durante la etapa de examen físico y valoración; el registro de estos datos surge de la valoración, observación y entrevista realizada la paciente, familiares u otras personas del equipo sanitario; constituyendo estos datos las características fundamentales que

permitan el planteamiento de diagnósticos teniendo como base los problemas encontrados y las necesidades que requiere el usuario.

- “A” (Aplicación diagnóstica y valoración): En esta fase se registra la interpretación de los datos subjetivos y objetivos obtenidos de la interrelación con el usuario en el transcurso del proceso de valoración y planteamiento de diagnósticos de Enfermería en base a sus problemas que fueron encontrados y priorizados en el usuario; los cuales son clasificados en reales o potenciales, utilizando la etiqueta “relacionado con” para poder establecer e identificar las causas que se evidencia en el usuario.
- “P” (Planificación de los cuidados): En esta fase se realiza el registro de los objetivos alcanzables y medibles en relación a como se encuentra el estado de salud del usuario; así como la realización en forma pertinente la planificación de los cuidados que se van a dar al paciente; comprendiendo todas aquellas medidas necesarias para ayudar al paciente a mejorar su estado de salud; en esta etapa se realiza la elaboración del plan de los cuidados que se brindarán al pacientes durante su estadia hospitalaria.
- “I” (Intervenciones de Enfermería): En esta fase se registran todas las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería para aliviar los problemas de salud encontrados en el usuario; en esta etapa se debe ejecutar el plan de cuidados orientados a la resolución de los problemas y los diagnósticos de Enfermería importantes en el usuario.
- “E” (Evaluación de las intervenciones): Se evalúa si las intervenciones ejecutadas fueron eficaces respecto a los resultados esperados y observados en el usuario después del tratamiento y cuidados brindados; concluyendo el registro de la nota de Enfermería con la respectiva firma y sello del personal de enfermería de turno que brindó la atención al paciente.

IMPORTANCIA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

- **Valor Legal:**

Dichos registros evidencian la respuesta del usuario en cuanto a la atención recibida, siendo así en un documento legal que respalda la atención brindada; debe ser redactada de forma oportuna, sin borrones, enmendaduras y refrendadas por la firma y número de colegio de enfermería que lo realiza, así como también debe evidenciar los problemas necesidades y riesgos del paciente.

- **Valor Científico:**

Las anotaciones de enfermería describen determinadas reacciones y resultados del cuidado brindado, constituye una fuente de investigación de nuevos métodos para el cuidado de los pacientes, así mismo una valiosa fuente de información para identificar problemas, que necesitan atención de enfermería, así como para la valoración del progreso del paciente, para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados del proceso de enfermería desarrollados en la atención que brinda, aspecto inherente a la profesión de enfermería.¹⁹

PERIOPERATORIO

La cirugía es una de las soluciones de problemas de salud médico-quirúrgico, con objetivos con fines de diagnóstico, paliativo, ablativo (extirpación), reconstructivo y trasplante pudiendo ser programada o de emergencia. Engloba tres periodos: preoperatorio, intraoperatorio o transoperatorio y posoperatorio.

- **Fase preoperatoria:** inicia desde la decisión que toma el personal médico de realizar la intervención quirúrgica y termina en el momento que se traslada al paciente hacia la mesa quirúrgica. Se clasifica en:

- 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.
- 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.

- **Fase intraoperatoria o transoperatoria:** inicia desde que el paciente ya se encuentra en la mesa quirúrgica y termina cuando es ingresado al área de recuperación pos-anestésica.

- **Fase postoperatoria:** Es el período que transcurre desde que el paciente se encuentra en la área de recuperación pos-anestésica hasta la completa o parcial recuperación del paciente, Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte. Se clasifica en:
 - Post operatorio inmediato: corresponde a las primeras 24 Hrs tras la cirugía en el cual pueden ocurrir complicaciones directamente relacionados con el procedimiento efectuado.
 - Post operatorio mediato: esta fase abarca desde las 24 Hrs hasta 7 días después de la cirugía.
 - Post operatorio Tardío: Comprende desde el 7mo día hasta cumplir un mes después de la cirugía.

DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS

NOTAS DE ENFERMERÍA: Registro donde se redacta todo lo observado y realizado durante el turno, es decir debe describir el estafo físico, mental y emocional del paciente, así como su evolución.

PERIOPERATORIO: Engloba las tres fases de una intervención quirúrgicas, las cuales son: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

CALIDAD: Son características de excelencia de un servicio prestado que cubren con la satisfacción de necesidades, preferencias y expectativas del usuario.

CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA: Son características inherentes de excelencia del registro sistemático y dinámico que abarca el SOAPIE donde se describe la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Teniendo fundamento y base científico.

- **Dimensión estructura**

Es el conjunto de aspecto físico que se redacta de forma estructurada, usando base científico – técnico, que evidencia el trabajo del profesional de enfermería y la evolución del paciente.

- **Dimensión contenido**

Es la descripción oportuna del paciente y los cuidados de enfermería durante el perioperatorio (pre, intra y post operatorio), considerando aspectos de la evaluación y evolución del usuario.

CAPITULO IV

HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1 VARIABLE

- ❖ Calidad de registros de enfermería aplicando el SOAPIE.

4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad del registro de Enfermería aplicando el SOAPIE	Son características inherentes de excelencia del registro sistemático y dinámico que abarca el SOAPIE donde se describe la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Teniendo fundamento y base científico.	Estructura del registro de Enfermería aplicando el SOAPIE.	Es el conjunto de aspecto físico que se redacta de forma estructurada, usando base científico – técnico, que evidencia el trabajo de la enfermera (o) y la evolución del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Plasmar los nombres y apellidos del usuario. • Coloca el número de historia clínica del paciente. • Coloca el número de cama del paciente. • Coloca la fecha y hora de atención al paciente. • Se registra las funciones vitales del paciente. • Registro de la intervenciones en el cuidado del usuario. • Se anota la hora de cada cuidado de enfermería realizada. • Se registra los medicamentos administrados a los pacientes. 	Calidad Buena: 14 - 20 Puntos Calidad Regular: 7 - 13 Puntos Calidad Deficiente: 0 - 6 Puntos	Ordinal

				<ul style="list-style-type: none"> • Las notas de Enfermería tienen una estructura correcta. • Presentan una secuencia ordenada. • Presentan enmendaduras. • Se evidencia palabras abreviadas no establecidas. • Presentan datos incompletos. • Redacción de fácil comprensión. • Uso de color de lapicero oficial según turno respectivo. <p>Se evidencia la firma de la enfermera responsable.</p> <p>Se evidencia el sello de la enfermera responsable.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

		<p>Contenido registro del registro de Enfermería aplicando el SOAPIE.</p>	<p>Es la descripción oportuna del paciente y los cuidados de enfermería durante el perioperatorio (pre, intra y post operatorio), considerando aspectos de la evaluación y evolución del estado de salud del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Diagnóstico • Planificación • Intervención • Evaluación 	<p>Calidad Buena: 36 - 38 Puntos</p> <p>Calidad Regular: 13 - 25 Puntos</p> <p>Calidad Deficiente: 0 - 12 Puntos</p>	<p>Ordinal</p>
--	--	--	--	--	--	----------------

CAPITULO V

MATERIAL Y ESTUDIO

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Según la naturaleza de Estudio: Es de tipo Cuantitativo, ya que medirá el fenómeno asignándoles un valor numérico.

Según el tiempo de estudio: Retrospectivo, porque la investigación se realizara después de sucedido los hechos.

Según periodo y secuencia del estudio: Transversal, puesto que se estudiará el fenómeno en un tiempo determinado.

Según el análisis y el alcance de los resultados: Estudio descriptivo observacional, ya que permite la observación y el detalle del fenómeno en situaciones naturales, pues tiene como objetivo determinar la calidad de registros de enfermería aplicando el SOAPIE en el perioperatorio.

5.2 ÁREA DEL ESTUDIO

El siguiente estudio se ejecutará en el área de centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, que se encuentra ubicada en el cono norte de Lima Metropolitana, Provincia de Lima, Distrito de San Martín de Porras. Limita por el norte con el Hospital Hideyo Noguchi y Villa Salud, por el sur con la Urbanización Ingeniería, por el este con la Urbanización Palao y por el oeste con la Universidad Cayetano Heredia.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará estimada por el total de Historias clínicas (N=165), de los usuarios intervenidos a una cirugía en el área de centro quirúrgico perteneciente al Hospital Cayetano Heredia en los meses Julio a Agosto- 2018.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

Se incluirán en el presente estudio a los registros de Enfermería que cumplan con las siguientes condiciones:

- Historias clínicas de pacientes intervenidos en el área de Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia.
- Historias clínicas realizadas por profesionales de enfermería que labora en el área de Centro Quirúrgico del hospital Cayetano Heredia.
- Historias clínicas registradas de Julio a Agosto - 2018.

b) Criterios de exclusión

Se excluirán en el presente estudio a los registros de Enfermería que tengan las siguientes condiciones:

- Historias clínicas elaboradas en otros servicios del Hospital Cayetano Heredia.
- Historias clínicas con documentos de enfermería incompletas.

5.5 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los procedimientos que se considerarán para la recolección de datos del presente estudio de investigación serán los siguientes:

Autorización.- Para obtener los permisos y autorización respectiva para la aplicación del trabajo de campo y recolección de datos propiamente dicha en la institución en estudio se deberán realizar los siguientes procedimientos:

- 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 entregará la carta de presentación dirigida al director del Hospital Nacional Cayetano Heredia, solicitando el acceso al campo clínico para la recolección de datos del estudio de investigación.
- Se gestionará el permiso respectivo a través de una solicitud dirigida al Director del Hospital Nacional Cayetano Heredia, adjuntando el resumen del proyecto de investigación.
- Se coordinará con la enfermera del servicio de Centro Quirúrgico y con el responsable de la Oficina de archivo de Historias Clínicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia a fin de que se pueda tener acceso a las historias clínicas, para realizar la verificación de las anotaciones de Enfermería a través de la aplicación del instrumento de investigación.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación se manejará como técnica la observación y como instrumento la lista de cotejo que consta de 58 ítems para evaluar la dimensión estructura y contenido. Este instrumento está configurado en las siguientes partes:

Primer parte: Conformada por la presentación de la lista de cotejo.

Segunda parte: Cuerpo de la lista de cotejo respecto a la calidad de registros de enfermería aplicando el SOAPIE que comprende de 20 ítems para evaluar la dimensión estructura y 38 ítems para evaluar la dimensión contenido. (**Anexo1**).

Cada ítem del rubro obtendrá el siguiente puntaje:

- **Si cumple:** 1 punto
- **No cumple:** 0 puntos

La medición de la variable calidad de registros de enfermería aplicando el SOAPIE durante el perioperatorio, se establecerá de la siguiente forma:

- Buena = 40 - 58 Puntos.
- Regular = 20 – 39 Puntos.
- Deficiente = 0 - 19 Puntos.

- **Dimensión estructura:**
 - Buena = 14-20 Puntos.
 - Regular =7-13 Puntos.
 - Deficiente=0-6 Puntos.

- **Dimensión contenido**
 - Buena = 26-38 Puntos.
 - Regular = 13-25 Puntos.
 - Deficiente = 0-12 Puntos.

El presente instrumento es una adaptación del instrumento “Lista de Cotejo de Calidad de las Notas de Enfermería” utilizado por Valverde en el estudio titulado “Calidad de los registros de Enfermería elaborados por las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional del Niño” realizado en el departamento de Lima en el año 2009.

5.6 PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION 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 VI

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1 CONSIDERACIONES ETICAS

Para ejecutar el estudio se tendrá en cuenta la autorización y el permiso de la Institución y Jefaturas de Enfermerías pertinentes. Cabe señalar que no se tendrá contacto directo con el paciente y muchos menos con el personal de enfermería.

a) Principio de justicia:

Las Historias clínicas estarán seleccionadas respetando los criterios de selección, garantizando la posibilidad de participar a todos los registros de enfermería.

b) Principio de beneficencia:

Los resultados que se consigan en la investigación contribuirán a un nuevo conocimiento y a darle valor a los registros de Enfermería; mediante la auditoría, donde se logrará la identificación de deficiencias que se observen y así mejorar el registro de enfermería aplicando el SOAPIE cumpliendo con las normas y criterios en base a su estructura y contenido.

c) Principio de no maleficencia:

La investigación no ocasionará perjuicio alguno, donde se vulnere la dignidad, el derecho y el bienestar tanto del usuario como del profesional de enfermería que participan en este estudio.

6.2 CRONOGRAMA DE GANT

ACTIVIDADES MESES	2018											
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X						
Definición del problema		X	X	X								
Justificación			X	X								
Elaboración:												
• Marco teórico				X	X							
• Hipótesis				X	X							
• Variables				X	X							
Diseño metodológico				X								
Consideraciones éticas y recursos				X								
Presentación, revisión y corrección	X	X	X	X	X	X						
Trabajo de campo					X	X						
Tabulación y análisis de los datos					X	X						
Redacción del proyecto				X	X	X						
Revisión y corrección del proyecto				X	X	X						
Presentación final						X						

6.3 PRESUPUESTO

CANTIDAD	MEDIDA	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
MATERIALES DE ESCRITORIO				
1	Unidad	USB	25.00	25.00
350	Horas	Internet	1.00	350.00
2	Unidad	CD ROM	1.00	2.00
4	Millar	Papel bond	15.00	60.00
6	Unidad	Folder	1.00	6.00
3	Unidad	Carpeta de encuestadora	4.00	12.00
10	Unidad	Lápices	1.00	10.00
Sub total				465.00
IMPRESIÓN				
200	Unidad	Fotocopia de los instrumentos y consentimiento informado	0.20	40.00
300	Unidad	Impresión del proyecto de investigación	0.20	60.00
300	Unidad	Impresión de informe final	0.20	60.00
8	Unidad	Anillado de la primera impresión de los ejemplares de tesis	3.00	24.00
Sub total				184.00
OTROS				
4	unidad	Empastado de tesis	40.00	160.00
20	Viajes	Movilidad	40.00	800.00
Sub total				960.00
Total				1609.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. URL disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
2. Aragón S, Gómez K, Rubio M. Notas de enfermería: una mirada a su calidad Salud. 2016. Vol. 32 (2): 338.
3. Aliaga R. Diagnósticos de enfermería NANDA y los registros de enfermería en los servicios de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. [Tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2015.
4. Torres M., Zarate R., Miranda R., Calidad e los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. 2010. Vol. 8 (1):17.
5. Colegio de enfermeros del Perú: Ley del trabajo de la enfermera(o). Disponible en URL:
http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf. Consultado Noviembre 16,2018.
6. Colegio de enfermeros del Perú: Código de ética y deontología Disponible en URL: <http://ceptumbes.org.pe/documento/1.pdf>. Consultado Noviembre 16,2018
7. Minsa: Manual de indicadores hospitalarios. Disponible en URL; <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/iih/protocolos/17.pdf>. Consultado Noviembre 15,2018.
8. Lescano A., Miranda F., Calidad del registro de enfermería intraoperatoria del paciente pediátrico en el centro quirúrgico del Hospital de Emergencias Pediátricas periodo Julio - Diciembre 2017, [Tesis].Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
9. Bravo A, Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería- c.s.j.d de Arequipa, 2017, [Tesis].Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2017.

10. Yesenia L., Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del hospital regional Manuel Núñez Butrón, Puno, 2016, [Tesis].Puno: Universidad Nacional del Altiplano;2016
11. Barreto E., Factores asociados al registro del proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Alberto Sabogal Sologuren, Lima, 2015, [Tesis].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
12. Ramos M., Factores determinantes de la calidad de registro de la hoja de enfermería-unidad de paciente crítico, Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, 2015, [Tesis].Lima: Universidad mayor de san Andrés; 2015.
13. Quino L., Conocimiento y actitud sobre notas de enfermería modelo soapie en enfermeras del hospital regional Manuel Núñez butrón, Puno, 2014, [Tesis].Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2014.
14. Cedeño K., Cevallos S., Calidad de 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], Universidad Técnica de Manabí.
15. Mateo A.; Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, hospital nacional de Mazatenango, Suchitepéquez, Guatemala, 2014. [Tesis], Universidad Rafael Landívar.
16. Teoría de enfermería: Florence Nigthingale. Disponible en URL: <https://es.scribd.com/doc/47631047/MODULO-ENFERMERIA-I>. Consultado Noviembre 15,2018.
17. 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.
18. Crispín P., Marco A., Calidad de las notas de enfermería en el servicio de pediatría del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, 2016, [Tesis], Universidad de Huánuco.
19. Cabanillas L., Cordero C., Zegarra A., Calidad de las anotaciones de enfermería en el centro quirúrgico del hospital nacional Carlos lanfranco la hoz. Lima, 2016, [Tesis], Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ANEXOS

ANEXO N° 1

LISTA DE COTEJO PARA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA APLICANDO EL SOAPIE

TITULO DE LA INVESTIGACION. “CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA APLICANDO EL SOAPIE EN EL PERIOPERATORIO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LIMA METROPOLITANA DESDE JULIO-AGOSTO 2018”

INSTRUCCIONES. Estimado colaborador: La presente lista de cotejo forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre la calidad de los registros de Enfermería elaborados en el servicio de Centro Quirúrgico de esta institución; por lo que a continuación se le presenta una serie de enunciados, que usted deberá analizar detenidamente y marcar con un aspa (x) según los hallazgos que Ud. observe en las Notas de Enfermería de la historia clínica respectiva. Por favor sírvase tener en cuenta la siguiente valoración al momento de realizar la verificación respectiva:

SI = Si cumple las acciones del enunciado.

NO = No cumple las acciones del enunciado.

N°	REACTIVOS	SI	NO
	I. ESTRUCTURA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA		
1	En las notas de Enfermería se identifica el nombre y apellido del paciente.		

2	Las notas de Enfermería se identifican el número de historia clínica del paciente.		
3	En las notas de Enfermería se identifica el número de cama del paciente.		
4	En las notas de Enfermería se identifica la fecha y hora de atención al paciente.		
5	En las notas de Enfermería se registran los signos vitales del paciente (temperatura, frecuencia cardíaca, respiración, etc.) de acuerdo al turno de atención respectivo (mañana, tarde o noche).		
6	En las notas de Enfermería se registra la información detallada sobre el estado de salud del paciente al momento de brindar los cuidados respectivos.		
7	En las notas de Enfermería se encuentra establecido el plan de cuidados que se brindará en la atención del paciente.		
8	En las notas de Enfermería se registra la hora de la ejecución de las intervenciones de Enfermería brindadas al paciente.		
9	En las notas de Enfermería se registran los medicamentos administrados al paciente especificando nombre genérico, hora, dosis y vía de administración respectiva.		
10	En las notas de Enfermería se registran los hallazgos observados en el paciente en términos “cuantificables” (medibles o verificables).		
11	En las notas de Enfermería se registra lo que se informa verbalmente al paciente durante la atención brindada en el servicio de Centro Quirúrgico.		
12	Las notas de Enfermería evidencian tener una secuencia estructurada y lógica en su redacción.		

13	Las notas de Enfermería reflejan orden y coherencia en su redacción.		
14	Las notas de Enfermería presentan enmendaduras en el rellenado de la historia clínica (uso de corrector, palabras tachadas con lápiz o lapicero).		
15	Las notas de Enfermería evidencian el uso de abreviaturas no oficiales.		
16	Las notas de Enfermería presentan líneas o espacios en blanco que pueden ser rellenados posteriormente por cualquier otro personal de salud.		
17	Las notas de Enfermería se encuentran redactadas con letra legible y de fácil comprensión.		
18	En las notas de Enfermería se identifica el uso de colores de lapiceros oficiales de acuerdo al turno de atención (azul diurno y rojo noche).		
19	En las notas de Enfermería se registra la firma del profesional de Enfermería responsable de la atención.		
20	En las notas de Enfermería se registra el sello del profesional de Enfermería responsable de la atención.		
	II. CONTENIDO DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA		
	A. PERIODO PREOPERATORIO: Momento comprendido desde el Ingreso del paciente, comprende la recepción, cuidado del usuario quirúrgico en la zona libre.		
21	En las notas de Enfermería se registra los datos que la enfermera observa al momento de la recepción del paciente: Estado general, número de horas en NPO, algún signo de alarma (fiebre, somnolencia), preparación pre quirúrgica, acceso venoso, materiales e insumos que trae el paciente para la cirugía, etc.		

22	En las notas de Enfermería se registra los datos que expresa el paciente al ingresar al servicio; por ejemplo: “paciente refiere sentir temor”, “tener hambre, sed o sueño”.		
23	En las notas de Enfermería se registra la valoración del estado general del paciente durante el periodo preoperatorio (estable, delicado, grave).		
24	En las notas de Enfermería se registra la valoración del estado emocional del paciente (llanto, temor, desesperación, etc).		
25	En las notas de Enfermería se registra los hallazgos encontrados en el examen físico del paciente en el periodo preoperatorios.		
26	En las notas de Enfermería se registran todos resultados obtenidos en los exámenes pre quirúrgicos a los que fue sometido el paciente.		
27	En las notas de Enfermería se registran los diagnósticos de Enfermería identificados en el cuidado del paciente durante el periodo pre quirúrgico.		
28	En las notas de Enfermería se evidencia que los objetivos formulados en el cuidado del paciente guardan relación con los diagnósticos de Enfermería establecidos inicialmente.		
29	En las notas de Enfermería se registran las intervenciones y cuidados que se brindan al paciente durante el periodo preoperatorio consignando la hora de atención.		
30	En las notas de Enfermería se registra la condición del paciente antes de ingresar a la Sala de Operaciones (SOP).		
	B. PERIODO INTRA OPERATORIO: Momento comprendido desde el ingreso del paciente a la Sala de Operaciones y el traslado del paciente a la Unidad de Recuperación Post Anestésica.		

31	En las notas de Enfermería se registra los datos obtenidos durante la interrelación con el paciente al momento de ingresar a la unidad de Centro Quirúrgico (nombre, edad otros)		
32	En las notas de Enfermería se registra el diagnóstico operatorio y procedimiento quirúrgico al que es sometido el paciente.		
33	En las notas de Enfermería se registra la valoración de los signos vitales del paciente antes de la intervención quirúrgica.		
34	En las notas de Enfermería se registra la valoración del estado físico, poniendo énfasis en la zona operatoria del paciente.		
35	En las notas de Enfermería se registra la condición del paciente y del entorno del acto quirúrgico durante el periodo intra operatorio.		
36	En las notas de Enfermería se registra la presencia de vías invasivas en el paciente (vías centrales y periféricas) durante el periodo intra operatorio.		
37	En las notas de Enfermería se registran los diagnósticos de Enfermería identificados en el paciente durante el periodo intra operatorio.		
38	En las notas de Enfermería se registra la colocación de dispositivos en el paciente durante el periodo intra operatorio (placa indiferente, tensiómetro, pulsioxímetro, etc.)		
39	Las notas de Enfermería se registran las intervenciones realizadas respecto la preparación de la piel y el uso de la técnica aséptica en el cuidado del paciente durante el periodo intra operatorio.		
40	En las notas de Enfermería se registra la aplicación de la lista de Chequeo de Cirugía Segura durante la etapa intra operatoria.		
41	En las notas de Enfermería se registra y comunica la conformidad del conteo de materiales e insumos utilizados durante la		

	intervención quirúrgica (material instrumental, gasas) en el momento oportuno (antes de cierre de cavidad o herida operatoria).		
42	En las notas de Enfermería se registra condición del paciente al concluir el acto quirúrgico y su pase a la Unidad de Recuperación Post Anestésica		
43	En las notas de Enfermería se registra la presencia de incidentes u otras complicaciones que se hayan presentado durante la intervención quirúrgica.		
	C. PERIODO POST OPERATORIO: Momento comprendido desde el ingreso del paciente a la Unidad de Recuperación Post Anestésica hasta el momento del alta al servicio o domicilio dependiendo de la condición del paciente.		
44	En las notas de Enfermería se registra la hora de ingreso del paciente a la Unidad de Recuperación Post Anestésica		
45	En las notas de Enfermería se describe la valoración del paciente en el periodo post operatorio inmediato.		
46	En las notas de Enfermería se registra las características de la respiración del paciente en el periodo post operatorio.		
47	En las notas de Enfermería se registra la evaluación del estado circulatorio del paciente (pulso periférico, presión arterial) durante el periodo post operatorio.		
48	En las notas de Enfermería se describe el color y el estado de la piel del paciente en el periodo post operatorio.		
49	En las notas de Enfermería se registra el estado de conciencia del paciente según escala Glasgow durante el periodo post operatorio.		
50	En las notas de Enfermería se registra la valoración del dolor que experimenta el paciente durante el periodo post operatorio.		

51	En las notas de Enfermería se registra las características de la herida operatoria y condición de los apósitos (drenajes, etc) y los cuidados brindados durante el periodo post operatorio.		
52	En las notas de Enfermería se registra la presencia de signos de alarma en el paciente durante el periodo post operatorio.		
53	En las notas de Enfermería se formulan diagnósticos y se plantean cuidados de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente durante el periodo post operatorio.		
54	En las notas de Enfermería se registra el monitoreo de signos vitales y los cambios de posición del paciente durante el periodo post operatorio.		
55	En las notas de Enfermería se registra los medicamentos que se administraron al paciente por vía oral, endovenosa o intramuscular durante el periodo pos operatorio.		
56	En las notas de Enfermería se registra la respuesta del paciente a la medicación analgésica administrada durante el periodo post operatorio (reacciones adversas, alergias, etc).		
57	En las notas de Enfermería se reportan los resultados esperados y respuesta del paciente frente a las intervenciones de Enfermería brindadas durante el periodo post operatorio.		
58	En las notas de Enfermería se registra la condición del paciente en el momento que es dado de alta del servicio quirúrgico.		

Gracias por su colaboración.....