



**SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA
EN CENTRO QUIRÚRGICO**

INVESTIGACIÓN OPERATIVA

**CONCORDANCIA ENTRE EL ESTADO DE SALUD Y LOS
REGISTROS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES
POSTOPERADOS DE CIRUGÍA
ABDOMINAL H.R.L. 2014.**

AUTORAS

Lic. Enf. ELVA HORTENSIA CORONEL ACURIO

Lic. Enf. GLORIA NANCY URBANO MIRANDA

Lic. Enf. JULIA ROSA VASQUEZ SALDAÑA

ASESORA

Mgr. ELBA FLORES TORRES

Ing. SAUL FLORES NUNTA

IQUITOS PERÚ

2014

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I	
INTRODUCCION	1
PROBLEMA DE INVESTIGACION	4
OBJETIVOS	5
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	6
2.1 ANTECEDENTES	6
2.2 BASES TEORICAS	14
2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES	27
2.3.1 Variable Independiente	27
2.3.2 Variable Dependiente	28
2.4. HIPOTESIS	29
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA	30
3.1 Método y diseño	30
3.2 Diseño de investigación	30
3.3 Población y muestra	31
3.4 Criterio de inclusión	32
3.5 Técnicas e instrumentos	32
3.6 Procedimiento de recolección de datos	32
3.7 Plan de análisis e interpretación de datos	33
3.8 Protección de los Derechos Humanos	33
CAPÍTULO IV	
4.1 RESULTADOS	34
4.2 DISCUSION	44
4.3 CONCLUSIONES	48
4.4 RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
ANEXO	53

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Con mucho cariño a mis padres que a través de la distancia me han brindado todo su amor, les agradezco y los quiero con todo mi corazón.

A mí querido hijo Jimmer por su amor y comprensión, por apoyarme y motivarme en todo momento para seguir adelante en la meta que me he trazado. Muchas gracias hijo.

A Daniel por su comprensión y apoyarme en todo momento para alcanzar mi meta.

GLORIA

DEDICATORIA

La presente tesis representa un logro más en mi vida profesional y satisfacción personal, la cual dedico con mucho cariño a: Dios por darme la dicha de permitir de seguir estudiando, superándome cada día y sentir su presencia en todos los momentos de mi vida.

A mis padres, por haber sido el pilar más importante en mi vida, por enseñarme a nunca rendirme de nada y siempre ser perseverante, a pesar de no estar físicamente conmigo, sé que este momento hubiera sido tan importante para ellos como lo es para mí.

Agradezco también a mis hermanos que con sus consejos me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

Para el DR. ABDIAS MUNOZ por el apoyo incondicional y sabios conocimientos brindados durante mi formación profesional.

JULIA

DEDICATORIA

A ti mi DIOS mi vida que me sigues dando la oportunidad de lograr y cumplir mis metas y objetivos a lo largo de mi vida diaria juntamente a mi familia maravillosa que me acompaña constantemente.

A mi Madre CELIA por darme la vida y sus sabios consejos para ser una persona de bien al servicio de las personas que más nos necesitan.

A mis Hijos DAVID, IBETH por motivarme y ser la razón de mi vida y mis logros profesionales que incondicionalmente me apoyaron a seguir adelante.

A mis nietos ARIAN V, TIZZIANA V por formar parte de mi descendencia y ser un ejemplo para ellos de cómo lograr los objetivos de nuestra visión y misión como persona.

ELVA

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro sincero y profundo agradecimiento a las siguientes personas que contribuyeron con el desarrollo de la presente investigación:

- **A** nuestras docentes de la Escuela de Postgrado (Facultad de Enfermería) de la UNAP, ya que gracias a sus conocimientos y sabios consejos impartidos lograron cimentar en nosotras el espíritu de superación diaria.
- **A** la Mgr. Elba Flores Torres, por su orientación y asesoría en la realización de este estudio.
- **Al** Ing. Saúl Flores Nunta por el apoyo Estadístico de la información en la presente investigación.
- **A** los miembros de Jurado por el valioso aporte brindado en el desarrollo de la investigación.
- **A** la Dra. Hilda Montoya Torres, por el apoyo incondicional y por sus orientaciones en la realización del presente trabajo de investigación.

Concordancia entre el Estado de Salud y los Registros de Enfermería de pacientes postoperados de Cirugía Abdominal en el Hospital Regional Loreto. Iquitos, 2014.

AUTORES

Lic. Enf. ELVA HORTENSIA CORONEL ACURIO

Lic. Enf. GLORIA NANCY URBANO MIRANDA

Lic. Enf. JULIA ROSA VASQUEZ SALDAÑA

RESUMEN

El presente estudio de investigación, se realizó con el objetivo de determinar la concordancia entre el estado de salud y el registro de enfermería de pacientes postoperados inmediatos de Cirugía abdominal en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Regional de Loreto. 2014.

El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 72 historias clínicas de pacientes postoperados. La técnica empleada fue la revisión documentaria de las historias clínicas del HRL. Los instrumentos fueron: la lista de verificación la cual consto de un cuestionario de 5 ítems, para caracterizar a la muestra; La hoja de evaluación que identificó el estado de salud del paciente postoperado y la hoja de registro de enfermería. No fue necesario realizar la valides y confiabilidad de los instrumentos porque se trabajaron con las historias clínicas que es un documento legal y no se modifica en el tiempo. Los datos se procesaron a través del SPSS versión 21.0. Para determinar la asociación estadística se empleó la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado (X^2_c) y los resultados relevantes son los siguientes: El 74,4% de los pacientes presentaron buen estado de salud, el 41,0% de las enfermeras aplicaron el registro de enfermería. Al asociar estado de salud y registros de enfermería se encontró que, no existe asociación entre el estado de salud y registro de enfermería $X^2 = 0,895$ y un $p = 0,344$.

Los resultados de la presente investigación constituirán un aporte a la sociedad científica dado que se contara con una base de datos importantes reales y actualizados para futuras investigaciones y estudios aplicativos que favorecerán a mejorar la calidad de atención.

Palabras Clave: Estado de Salud, Concordancia, Registros de enfermería.

Agreement between the State of health and Registrations of Infirmary of patients operated post Abdominal surgery at Loreto Regional Hospital. Iquitos, 2014

AUTHORS

Lic. Enf. ELVA HORTENSIA CORONEL ACURIO

Lic. Enf. GLORIA NANCY URBANO MIRANDA

Lic. Enf. JULIA ROSA VASQUEZ SALDAÑA

SUMMARY

The present research study was carried out with the objective of determining the correlation between health status and the nursing record of patients post operated immediate abdominal surgery at Loreto Regional Hospital anesthetic post recovery unit. 2014.

The method used was the quantitative and non-experimental type retrospective, descriptive and correlational design. The sample was composed of 72 clinical histories of patients operated post. The technique used was the documentary review of the medical records of the HRL. The instruments were: the checklist which I had a 5 items questionnaire, to characterize the sample; the blade's assessment that identified the State of health of the patient operated post and nursing record sheet. It was not necessary to validity and reliability of the instruments because they worked with clinical histories which is a legal document and does not change in time.

Data were processed through the SPSS, version 21.0. To determine the Association statistics the Chi-square (X²c) nonparametric test was used and the relevant results are as follows: the 74.4% of the patients had good state of health; the 41.0% of the nurses applied the nursing record. To associate health and nursing record was found that you there is association between the State of Health and nursing X² = 0.895 record and a p = 0.344. The results of this research will constitute a contribution to the scientific society given that there will be a database important actual and updated for future research and applications studies that favour to improve the quality of care.

Words Key: State of health, concordance, Registrations of Infirmary.

INVESTIGACIÓN OPERATIVA APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DE FECHA, 17 DE JULIO DEL 2015, POR EL JURADO CALIFICADOR DESIGNADO POR LA COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA.

.....
Dra. JUANA EVANGELISTA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Presidente

.....
Dra. GIOMAR ELIZABETH REÁTEGUI REYNA
Miembro

.....
Mgr. ELBA FLORES TORRES
Miembro - Asesora

.....
Ing. SAUL FLORES NUNTA
Asesor

ÍNDICE DE TABLAS

	TÍTULO	Pág.
1	CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGIA ABDOMINAL, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2014.	34
2	LISTA DE CHEQUEO DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (ESCALA DE VALORACIÓN DE ALDRETE) HOSPITALREGIONAL DE LORETO, 2014.	36
3	ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (ESCALA DE VALORACIÓN DE ALDRETE) HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2014.	38
4	LISTA DE CHEQUEO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA URPA, HOSPITAL REGIONAL LORETO. 2014.	39
5	REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA DE LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2014.	41
6	CONCORDANCIA ENTRE EL ESTADO DE SALUD Y REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS INMEDIATO DE CIRUGÍA ABDOMINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.	42

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Las nuevas mega tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de la salud y educación nos ponen nuevos desafíos para la enfermería moderna centrada principalmente en la calidad del cuidado. La enfermera en su función asistencial enfrenta a diario nuevos retos, entre ellos los nuevos conocimientos científicos, las nuevas tecnologías y el uso de equipos sofisticados de última generación que hacen que su labor se sustente en el conocimiento actualizado y el perfeccionamiento constante de sus prácticas, haciendo que esta sea más eficaz, eficiente, competitiva y de calidad.¹

Una herramienta capaz de evidenciar la calidad del cuidado de enfermería son sus registros, siendo el más importante dentro de ellos las “Anotaciones de enfermería”, considerado como un instrumento de desempeño de la enfermera en todas partes del mundo y que a su vez tiene una exigencia de tipo legal. Estos registros toman vital importancia de las auditorias médicas como instrumento de gestión, capaz de conseguir además excelencia profesional, es por ello que debe existir un registro de enfermería oportuno y eficaz para mantener informado al equipo de salud. Las anotaciones de enfermería constituyen uno de estos registros ya que aquí se plasma la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería, por lo tanto, en estos registros se evidencia la competencia de la enfermera y la calidad de atención que brinda en la institución.²

Los registros de enfermería proporcionan la única prueba documental de que se ha llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, los cuales proporcionan respaldo jurídico-legal a los profesionales, así mismo, las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales ya que es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental precisa.³

Por otra parte el estado de salud definida como el bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades en la cual el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social), se encuentre en armonía con el medio ambiente. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.⁴

También, es importante acotar que la enfermera de quirófano proporciona cuidados al paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica, además asiste al paciente en la unidad de recuperación post anestésica (URPA) en el postoperatorio inmediato, brinda cuidados con paciencia, comprensión y gran destreza, debe ser capaz de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor. La URPA debe ser siempre un medio seguro y aceptable en el que pueda realizarse la recuperación post anestésica. Esto es de mayor importancia y para lograr que este medio sea aceptable, el personal de enfermería debe tener conocimientos completos de su trabajo y sus responsabilidades.⁵

Por lo expuesto, se considera de vital importancia realizar un buen registro de enfermería capaz de evidenciar el estado de salud del paciente postoperado inmediato, así como la calidad del cuidado brindado.

Ante este contexto se realizó el siguiente estudio de Investigación: “Concordancia entre el Estado de Salud y los Registros de Enfermería de Pacientes Postoperados de Cirugía Abdominal Hospital Regional de Loreto. 2014”, cuyos resultados serán de gran beneficios para las enfermeras que laboramos en la URPA, por el aporte estadístico confiable que se podrán

emplear en futuras investigaciones, además se dará a conocer los hallazgos a los directivos del Hospital Regional de Loreto para que desde la jefatura de enfermería se organice talleres o programa de educación continua a las enfermeras, para que los registro de enfermería de pacientes postoperados sean de calidad y que el beneficiario principal sea el paciente que se somete a cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía).

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe concordancia entre el estado de salud y el registro de enfermería de pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) en la unidad de recuperación post anestésica (URPA) del Hospital Regional de Loreto. 2014?

3. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la concordancia entre el estado de salud y el registro de enfermería de pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) en la unidad de recuperación post anestésica (URPA) del Hospital Regional de Loreto. 2014

ESPECÍFICOS:

- Verificar los registros del estado de salud del paciente postoperados inmediato de Cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) utilizando el registro del estado de salud de evaluación de la URPA del Hospital Regional de Loreto. 2014

- Identificar los registros de enfermería empleados en pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) de la URPA del Hospital Regional de Loreto. 2014.

- Establecer concordancia entre el estado de salud y registros de enfermería en pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) de la URPA del Hospital Regional de Loreto. 2014.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Baquero D, Chinchilla P, Isaza A, Jiménez M, Puyana J. (Colombia 2014), realizaron una investigación donde propusieron un instrumento para el seguimiento de la calidad de atención de pacientes con patologías quirúrgicas abdominales urgentes, revisaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes postoperados de cirugía general de urgencia (CGU) en agosto del 2013. Usaron variables demográficas, factores de riesgo, severidad y desenlace hasta el día 30 postoperatorio en 231 pacientes de 261 procedimientos de CGU. La edad promedio fue 49 años. Los procedimientos más comunes fueron la colecistectomía laparoscópica (37.2%), la apendicetomía (35.6%), la laparotomía exploratoria (12.6%), el drenaje de colección abdominal (9.1%) y la liberación de adherencias (6.9%). Concluyeron mejorar el instrumento para hacer una buena medición de calidad en la atención del paciente CGU. ⁶

Otero A. (España, 2013), en un estudio de investigación titulado “Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería“, su estudio descriptivo y transversal reportó los siguientes resultados: El rango de la edad de las enfermeras fue entre 19-28 años (23%) y de 29-38 años (44%). En cuanto al nivel de estudio el 41% son licenciadas y el 59% son auxiliares de enfermería, el 67% del personal de enfermería desconoce la Norma oficial de registrar las notas de enfermería, mientras que el 33% afirma conocerla. Por otra parte el 57% menciona que si reciben capacitación constante sobre cómo se registran las notas de enfermería y el 43% menciona que no la recibe. La opinión del personal respecto a los factores que afectan el llenado son: carga de trabajo 45%, un 27% dijo que era la falta de unificación de criterio, mientras que un 18% consideró que era el espacio insuficiente y un 10% que es por falta de conocimiento, el

50% del personal de enfermería registra los procedimientos al iniciar la jornada, el 45% durante la jornada y el 5% al final del turno.⁷

Fernández P. (España, 2013), en una investigación titulada “Características de las anotaciones de enfermería”, investigación de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo de corte transversal, se obtuvo los siguientes resultados: el 16,7% de las enfermeras tienen entre 20 y 29 años de edad, el 70% entre 30 y 39 años de edad y el 13,3% mayores de 40 años. Respecto a las características de los registros de enfermería revisados se observan que 26,3% no son significativas, el 14,5% son significativas y el 59,2% son medianamente significativas. Referentes a otros factores para que no realicen un buen registro el 73% indica que es la sobre carga laboral y solo 27% indica que no.⁸

Angulo Z. (Venezuela, 2013), en una investigación titulada “Factores que influyen en el cumplimiento de la realización de los registros de enfermería”, estudio descriptivo transversal, con una población de 88 enfermeras, los datos más significativos fueron: el 99% de los profesionales pertenecen al sexo femenino, con una edad cronológica promedio de 27 a 49 años. Por otra parte el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre registros SOAPIE se obtuvo que el 18% tienen conocimiento bueno, mientras que el 82% tuvieron un nivel de conocimiento regular.⁹

López H. y Laos R. (Chile, 2012), en un estudio de investigación titulado “La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico”, estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo por medio de la encuesta como método y como instrumento la cédula de observación, tuvo como objetivos: determinar si las enfermeras tienen pleno conocimiento de la importancia de los registros de enfermería. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 53% del personal tienen una edad comprendida entre 23-27 años de edad. En cuanto a la antigüedad del

personal el 58.1% respondió tener 4 años como máximo de servicio. Para el 96.6% es muy importante los registros de enfermería como parte del expediente clínico, no así para un 3.4% del personal. El 62,3% de las enfermeras no realiza las anotaciones con referencia al nombre de quien realiza el procedimiento y solo registran un 37,7%. El 4,8% del personal desconoce parcialmente la forma de elaborar la hoja de registros de enfermería y el 48,4% no proporciona la información completa, hace uso adecuado de abreviaturas el 56,5% del personal de enfermería 43,5% que desconoce su utilización. Un 80,6% del personal desconoce las normas elaboradas para los registros de enfermería y solo un 19,4% tiene conocimiento.¹⁰

Cedeño R. (Ecuador 2011), realizó un estudio para evaluar la calidad de atención de enfermería en el CQ, para determinar la demanda y establecer la oferta de la atención de Enfermería. La muestra fue de 250 usuarios, calculada mediante formula estadística, el muestreo fue aleatorio simple, descriptiva no experimental en la cual se obtuvieron los siguientes resultados: El personal es insuficiente y está insatisfecho porque no reciben capacitación institucional. 97,60% evaluaron como atención buena, el 71,20% afirmo recibir buen trato y estar conforme con la higiene.¹¹

Ancacaci M. (Lima 2011), estudió la coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, a fin de que se formulen estrategias orientadas a mejorar las anotaciones de enfermería respecto a la importancia de su uso de la reflexión ante la problemática planteada. El diseño metodológico fue de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter cuantitativo, el área de estudio estuvo constituido por el servicio de cirugía H4 del Hospital Nacional Dos de Mayo, siendo la población 40 pacientes en el postoperatorio inmediato con sus respectivas anotaciones de enfermería. Los instrumentos elegidos fueron la hoja de registro y la lista de chequeo. Dando como resultado que no existe

coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en el postoperatorio, el cuidado brindado reflejado en este tipo de registros no ha sido integral, ya que el contenido de las anotaciones de enfermería revisadas solo se basan en términos generales, en cuanto al estado de salud del paciente evidencian un estado bueno en el 25% (10), regular en un 62,5% (25) y malo en un 12,5% (5), solo el 25% considera importante colocar la hora de ingreso del paciente y el tipo de anestesia y el 90% realiza la evaluación correspondiente a los cuidados brindados durante el turno de trabajo.¹²

Ramos E. y Nava G. (México 2011), describieron la percepción, el conocimiento, el estado actual y los factores que influyen en la cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel de un país en vías de desarrollo, mediante la investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, en el que aplicaron dos instrumentos de entrevistas al personal de enfermería que tiene bajo su cuidado a pacientes, evaluaron al azar 100 registros de enfermería para determinar si cumplían con los requisitos científicos y legales. Concluyendo con la participación de 90 profesionales de enfermería, 81 (90%) mujeres, el 46,5% (45/90) con nivel técnico, quienes reconocieron la importancia de los registros de enfermería 92,2% (83/90); No obstante, el 54,4% (49/90) del personal desconoce los requisitos legales o científicos mínimos para la cumplimentación y no recibe capacitación institucional. La carga excesiva de trabajo fue el principal factor que influyó en la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería.¹³

Mejía A., Delgado M., Dubón B. y Carmona G. (México 2011), su investigación se orientó a identificar el nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana. Realizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, evaluándose 257 registros de enfermería de expedientes clínicos utilizados en el procedimiento arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Aplicó un

instrumento dicotómico basado en la NOM 168. Resultando que el índice general del nivel de apego correspondió al 73,93% de los casos. Se identificaron deficiencias en los registros y el mayor porcentaje de incumplimiento consistió en la omisión de nombre completo y firma del personal de enfermería. Los datos que con mayor frecuencia se registraron como indica la norma, fueron: signos vitales, nombre completo del paciente y anotaciones correspondientes a la administración de medicamentos.¹⁴

García S. (Argentina, 2011), en su trabajo de investigación llamado “Análisis de los Informes de Enfermería en los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes”, un estudio transversal retrospectivo cuyo objetivo era conocer las actividades de enfermería que se registran. Se realizó una prueba piloto para la recogida de datos de 180 historias clínicas, donde se observaron que los informes de los turnos mañana, tarde y noche, llegaron a establecer que el 66% del personal de enfermería cumple los registros de enfermería referente a la filiación del paciente, mientras que el 34% no cumple. El 99% del personal de enfermería utiliza abreviaturas aceptadas y reglamentadas por la institución y solo 1% no utiliza. Por otra parte el 44% del personal se identifica cuando concluye un registro de enfermería, por lo tanto el 56% del personal no se identifica. Referente si registran con letra clara y legible el 39% indican que no tienen dificultad al leer, mientras que el 61% tienen dificultad al leer las anotaciones anteriores.¹⁵

Espino R. (España, 2011), en la Tesis titulada “Nivel de Conocimientos de la Enfermera y su Relación con la calidad de las anotaciones de Enfermería”, desarrollo un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos que poseen las enfermeras en relación a la calidad de sus anotaciones, aplicaron una encuesta a una población total de 43 enfermeras de los servicios de hospitalización y una lista de chequeo observando 389 historias clínicas al azar en los diferentes turnos. Llegando a la siguiente conclusión: El nivel de conocimiento de las enfermeras en su mayoría fue de regular 72,1%, deficiente en el 23,3% y

solo un 4,6% registro un alto nivel de conocimiento. Las enfermeras que tienen regular nivel de conocimientos realizaron anotaciones de mala calidad en un 81,5% y solo un 18,5% lo hacen de regular calidad.¹⁶

Díaz A. y Tello C. (Colombia, 2011), en una investigación titulada “Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado,” Estudio de tipo descriptivo exploratorio transversal, se elaboró y aplicó el instrumento de chequeo de los registros de enfermería. Del 100% de los registros en la hoja de nota de enfermería realizado por el profesional de enfermería, se encontró como soporte del cuidado administrado. Las faltas de mayor peso porcentual son espacios en blanco (28%), sin datos de identificación del paciente (27%), sin firma de responsabilidad (14%) y sin fecha (14%), la letra legible y poco clara (14%), por último el uso de siglas no utilizada el (6%), enmendaduras (7%). Los resultados muestran que los registros de enfermería de mayor uso son: La hoja de medicamentos, órdenes de enfermería (pedido de insumos de enfermería) y el chequeo de las órdenes médicas; adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registros que le son propios a la disciplina y que permiten evidenciar el cuidado continuo.¹⁷

Arias G. (España, 2011), en un estudio de investigación titulado “Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado” encontró que el 58,1% de los profesionales de enfermería si aplican los registros y guarda concordancia con la continuidad del cuidado mientras que el 41,9% aplican los registros parcialmente.¹⁸

Arteaga M. (Colombia 2010), realizó un trabajo Científico de Investigación Titulado “Factores que determinan las Características de los registros que maneja el personal de enfermería”, de estudio descriptivo en base a encuesta e investigación bibliográfica documental. Los resultados obtenidos fueron 91,2% respetan el formato de la hoja, escriben fecha y hora en forma

correcta, mientras que el 8,8% no respetan el formato de la hoja. Por otro lado el 94,1% de licenciadas y 5,9% de auxiliares colocan su firma al terminar de registrar un procedimiento. Según el número de pacientes que el personal atiende diariamente y su posible repercusión en los registros, 44,1% del personal lo consideró excesivo y falta de tiempo para completar los registros, mientras el 55,9% refirieron no tener dificultad de tiempo. Respecto a la importancia de los registros de enfermería existe el 58,8% del personal refirieron que su anotación es completa y el 41,3% indicaron que sus registros no son completos.¹⁹

Carmona T. (España, 2010), reporta en la investigación denominada “Registros de enfermería y salud de pacientes post intervenidos”, un estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas y registros de enfermería de pacientes que precisaron un marcapasos provisional, el número total de implantaciones fue de 122, de las que se analizaron las historias clínicas. En las historias clínicas analizadas se observaron ausencia de registros en el 24%, registros incompletos en el 76%. Las enfermeras registraron la existencia de incidencias en 30 casos mientras que no se realizó en 10 pacientes. Como conclusiones principales se destacó la importancia de la realización de adecuados registros de enfermería acordes con los cuidados que se presentan.²⁰

Setz V. (Brasil 2009), realizó un estudio para evaluar por medio de la auditoría, la calidad de los registros de enfermería en las historias clínicas de pacientes atendidos en unidades de un hospital universitario del Municipio de Sao Paulo. Utilizó el método descriptivo, retrospectivo cuyo método fue la investigación documental. De las 424 historias clínicas analizadas, en diferentes unidades clínicas y quirúrgicas el 43,9% se referían a óbitos y 56,1% a altas. Se verificaron los ítems: Llenado del levantamiento de datos, Hoja del centro quirúrgico, Evolución de enfermería, Diagnóstico de enfermería, Prescripción de enfermería, Chequeo de la prescripción de enfermería, Chequeo de la prescripción médica, Notas de enfermería, Notas

del alta hospitalaria y Notas de óbito. Dando como resultados que el 26,7% de los registros, fueron considerados como malos, el 64,6% regulares y el 8,7% buenos. Se observó un compromiso de la seguridad y de la perspectiva del cuidado del paciente, además de la dificultad para medir los resultados asistenciales procedentes de la práctica del equipo de enfermería. La investigación permitió identificar varios desvíos que fueron analizados con el Departamento de Enfermería y con los Grupos de Mejoría de los Procesos en el hospital en estudio, propiciando propuestas de nuevas metas y estrategias para mejoría de la calidad de la asistencia de enfermería, así como del registro de esa asistencia.²¹

Incalla I. y Zegarra T. (Arequipa 2007), realizaron una investigación sobre “Conocimientos y Actitudes de las Enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evaluaron el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el Servicio de Recuperación del Hospital Nacional Carlos Alberto Segín Escobedo (HNCASE)”. La población sujeto de estudio fue un total de 10 enfermeras, de estudio cuasi experimental con grupo único aplicando los criterios inclusión y exclusión, para obtener la muestra de siete enfermeras, el estudio comprendió en un pre test, que de un 57,1% de los participantes se resistieron al uso de escala prefiriendo describir el dolor quirúrgico, en el post test después de la capacitación el 85,7% identificaron la escala EVA como herramienta de valoración que conduce a la correcta evaluación y terapia del dolor así como la evaluación de la efectividad de la terapia álgida, así brindar al paciente comodidad y confort en la recuperación post inmediata.²²

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Registros de Enfermería:

Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería a todo el personal de enfermería y equipo de salud y ser un testimonio jurídico legal que respalde la labor de la enfermera.

El empleo de un lenguaje común entre las enfermeras facilita una mejor comunicación no sólo entre ellas, sino incluso con otros profesionales de la salud y garantiza la utilidad de los registros. Un buen registro de enfermería, debe recoger la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.¹

Los registros de enfermería deben consignarse en el proceso de atención de enfermería, documento de valor legal, formal y escrito considerado como indicador del desempeño de las enfermeras, referidas a la evolución del cuidado que brinda, es por ello que la enfermera debe realizar registros significativos plasmados en forma clara y precisa, que recoja no solo el proceso practico – científico, sino que además deberá formular modelos de registros que eviten la duplicidad de esfuerzos.³

Las razones de su utilización han evolucionado desde el tiempo en que la pionera en Enfermería Florence Nightingale los introdujo como instrumento de uso de la enfermera para atender a los pacientes. La documentación utilizada en aquella época recogía, principalmente el cumplimiento de las órdenes del médico.¹

Los registros de enfermería se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que

evitan errores. Además son un respaldo legal a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados.²

Los registros de enfermería son un instrumento importante que permite supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del personal de enfermería para detectar fallas y necesidades que deben ser resueltas, es la síntesis de la atención proporcionada al paciente y la respuesta a los cuidados recibidos.¹

Utilidad de los Registros de Enfermería.

- Sirve al equipo de enfermería para tomar decisiones respecto al estado de salud del paciente, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuadas.
- Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la asistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud.
- Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por lo que la investigación económica se hace a través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnóstico.
- Sirve como información a las estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad, en pacientes con problemas médicos similares.
- Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con las frecuencias de los trastornos clínicos y complicaciones.
- Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud, según La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO).

Propósito de los Registros de Enfermería:

Es la comunicación del proceso de atención o cuidados de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario, el registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería, además proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente. El proceso de registrar información vital cumple muchos propósitos importantes:

- Disponer de información sobre los acontecimientos del paciente.
- Otorgar seguridad y continuidad en el cuidado del paciente las 24 horas del día.
- Planificar, facilitar y garantizar la calidad de atención al paciente.
- Proteger los intereses legales del paciente, el personal y la entidad prestadora del servicio de salud.
- Proporcionar una imagen global del estado de salud de la persona o paciente.

Características de los Registros de Enfermería.

Según Iyer todo registro de enfermería deberá tener las siguientes características:

- Objetividad, es decir, deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- Precisión y exactitud. Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Legibilidad y claridad. Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Simultaneidad. Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

Tipos de Registros:

1. Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería constituye el instrumento científico que la enfermera utiliza para diferenciar la ciencia de la práctica profesional, utilizando sus capacidades y sus habilidades

cognoscitivas, técnicas e interpersonales para recolectar la información, diagnosticar y tratar las respuestas humanas identificando problemas reales, de riesgo, bienestar y posibles.

La aplicación del Proceso Enfermero como método sistemático de apoyo a la práctica enfermera para brindar cuidados a los pacientes postoperados tiene repercusiones sobre éste y su familia de manera inmediata, ya que al sistematizar objetivos, intervenciones y actividades se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y se potencia la salud del individuo. Consideramos, por lo tanto, las herramientas taxonómicas enfermeras (NANDA, NIC, NOC) y Proceso Enfermero como instrumentos imprescindibles en la práctica profesional de enfermería. Asegurando la atención individualizada y mejorando la calidad de vida del paciente al que se le procuran los cuidados de salud.¹⁷

Ibarra A. (España, 2012), afirma que los registros de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario. Así mismo aduce que las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.²³

Los registros clínicos de enfermería son considerados como el testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, donde queda registrada toda la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia al paciente, su diagnóstico, tratamiento y evolución.

De esta manera, la OMS ha implementado 6 metas:

- 1) Identificar correctamente al paciente.
- 2) Mejorar la comunicación efectiva.

- 3) Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- 4) Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- 5) Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
- 6) Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

El propósito de la OMS es: promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente, detectar áreas problemáticas dentro de la atención médica, describir soluciones para estos problemas, basadas en evidencias y en el conocimiento de expertos. Así mismo refiere que el beneficio de tener un registro de enfermería estructurado para el cuidado del paciente/usuario, es poder proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, basada en la evidencia en práctica.

Es decir, un registro de enfermería bien diseñado por los propios profesionales que cuidan al paciente como persona parte de una familia, comunidad y sociedad debe incluir todos los elementos, datos e información esencial de un plan de cuidado, pues ello permite sistematizar el Proceso de Enfermería.³

2. Uso de escalas: ASA, EVA, ALDRETE.

Importancia del uso e interpretación de las escalas de medición en la atención de enfermería:

a. Escala del ASA (Escala de Estudio Físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos).

Es la valoración según el estado físico del paciente de acuerdo a la Asociación Americana de Anestesia. Su nomenclatura va de I/V

- Clase 1: Individuo sano normal.
- Clase 2: Paciente con enfermedad sistémica leve.
- Clase 3: Paciente con enfermedad sistémica grave que no es incapacitante.

- Clase 4: Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que pone en peligro la vida en forma constante.
- Clase 5: Paciente moribundo el cual no se espera que sobreviva 24 horas con cirugía o sin ella.

Funciones de Enfermería:

El conocimiento del ASA nos permite:

- Facilitar la preparación de la unidad para atender al paciente y satisfacer sus requerimientos.
- Valorar al paciente en su estado hemodinámico y no solo en su estado anestésico que es un evento pasajero.
- Estabilizar funciones vitales y evitar complicaciones post anestésicas y quirúrgicas.
- Brindar la seguridad al paciente de la calidad de atención que este recibe.

b. Escala del EVA (Escala Visual Análoga)

Es la nomenclatura que se le da a la escala análoga visual del dolor, la puntuación es de 1 a 10. El conocimiento de la escala EVA permite evaluar la efectividad de las terapias álgidas y su repercusión en el paciente brindando una atención individualizada al dolor de acuerdo al acto quirúrgico practicado en él.

c. Aldrete o Score de recuperación

Es la escala que permite valorar la recuperación post anestésica del paciente. Es un aporte valioso para la evaluación del paciente postoperado, su conocimiento y aplicación es importante debido a que el paciente recuperado de los efectos anestésicos es dado de alta de la URPA, él se valdrá por sí solo a pesar de su intervención quirúrgica en el postoperatorio mediato y lejano.

Funciones de enfermería:

- La vigilancia permanente en el postoperatorio inmediato.
- Estar alerta para algún acontecimiento sorpresivo.

- Tener la unidad equipada para una atención de emergencia RCP.²⁴

Centro Quirúrgico:

El centro quirúrgico es una unidad crítica dentro de un hospital, en el que convergen pacientes cuya patología se soluciona con un acto quirúrgico, en el que participa el equipo quirúrgico conformado por enfermeras, médicos anesthesiólogos y los cirujanos en las diversas especialidades, todos son capacitados en técnicas y procedimientos quirúrgicos. En el acto quirúrgico tienen estrecha relación el cirujano con la enfermera instrumentista, así como el anesthesiólogo tiene estrecha relación con la enfermera de la unidad de recuperación, ella será la encargada de recuperar al paciente del acto anestésico por tanto la hoja de anestesia es un registro que consigna importante información para la atención en el postoperatorio inmediato al paciente quirúrgico. En la hoja de anestesia se consignan los datos de ubicación del paciente en el hospital, edad, sexo resultados de análisis preoperatorios, riesgo cardiovascular, riesgo ASA, antecedentes patológicos, diagnóstico presuntivo, cirugía propuesta, diagnóstico definitivo y operación realizada, también está registrada el tipo de anestesia y las drogas y gases empleados durante el acto quirúrgico, todos estos datos al ser interpretados direcciona la atención de enfermería e individualiza la atención al paciente.

En el postoperatorio inmediato la enfermera de la unidad registra en el registro de enfermería los controles vitales, fármacos administrados y evalúa el score de recuperación lo firma como constancia que el paciente ya está recuperado de la anestesia y no ha presentado ninguna complicación post quirúrgica.²⁵

Unidad de recuperación post anestésica (URPA)

La URPA es el espacio físico ubicado en centro quirúrgico, preparada con equipos biomédicos e insumos que se emplean en la atención del paciente

postquirúrgico y post anestésico en el postoperatorio inmediato, está conformada por personal de enfermería entrenada y capacitada, la atención se brinda las 24 horas del día, la evaluación de los pacientes esta refrendada por el médico anesthesiólogo de turno haciendo uso del score de Aldrete. Recuperado el paciente es dado de alta y transportado a su servicio por la enfermera de recuperación y entregado a la enfermera de hospitalización.²⁴

2.2.2. Estado de Salud

El concepto de salud ha experimentado una importante transformación en los últimos decenios. Hasta mediados del siglo XX, estuvo vigente un concepto de salud de carácter negativo y reduccionista, basado en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, en el que la salud es restaurada a través de intervenciones médicas.

La definición de la OMS tiene una serie de ventajas, como el hecho de considerar la salud en un sentido positivo, superando todas las concepciones anteriores que la reducían a ausencia de enfermedad y de comprender no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los psíquicos y sociales, dando así una visión más completa e integral al concepto de salud. Además de contemplar al individuo como un todo y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo, ya que hay una concesión de importancia al ambiente y al contexto.²⁶

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes

- Biología humana: condicionada por la constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento. Este grupo de factores han sido considerados hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación. Sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores

asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.

- Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.
- Estilos de vida y conductas de salud: drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios. Debemos tener en cuenta que determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control.
- Sistema de cuidados de salud: beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de esperas excesivas y burocratización de la asistencia.

Debemos remarcar que en el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de la salud son modificables. Incluso, la biología humana, considerada hasta hace relativamente poco tiempo como poco influenciable, puede modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología.

Cabe indicar que los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento.

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%.²³

Montes et al (Venezuela, 2009) afirma que actualmente está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo, tales como, tabaquismo, un consumo excesivo de alcohol, una dieta poco saludable (bajo consumo de frutas y verduras) y la inactividad física (conducta sedentaria), pueden contribuir a incrementar la morbimortalidad desarrollando patologías tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, cáncer, entre otras. Aduce que la prevención siempre se dirige a la enfermedad, evitando que ésta aparezca. En cambio, la promoción de la salud se dirige a la salud. La prevención abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.²⁷

Ingreso del usuario en la URPA

El usuario debe llegar a la unidad acompañado del anesthesiólogo y de al menos uno de los enfermeros que hayan asistido al acto quirúrgico, ambos profesionales transmitirán al médico responsable (si es el caso) y a los enfermeros de la URPA:

- Nombre, edad y sexo del usuario
- Situación actual del usuario
- Técnica de anestésica utilizada, técnica quirúrgica realizada
- Antecedentes pre quirúrgicos: patologías más relevantes, alergias o intolerancias, etc.
- Eventos acontecidos durante el acto quirúrgico: dificultades en la intubación, en la inducción de la anestesia, sangrado durante la intervención, necesidad de administración de hemoderivados, arritmias cardiacas, etc.

Especificar e identificar la ubicación de los drenajes y sondas que porte el usuario y de cualquier cuidado específico que precise (conexión a aspiración suave en un tubo de tórax, no movilizar una sonda nasogástrica, sistema de recuperador de sangre para autotransfusión, etc.).

- Tipo de vías que lleva el usuario: venosas centrales periféricas, arteriales de larga duración, etc., calibre y permeabilidad de las mismas.

Se hará entrega de la historia clínica del usuario, en la que consta.

- Hoja de enfermería del personal de quirófano
- Hoja de anestesia
- Hoja de técnica quirúrgica del cirujano
- Hoja de la consulta de pre anestesia
- Hoja de tratamiento médico para el postoperatorio
- Evolución en planta, historial de alergias, en hoja de petición de hemoderivados.

La enfermera de la URPA y el personal auxiliar de enfermería comenzará a conectar al usuario al aparataje de la unidad y a aplicarle las técnicas que precise.²⁸

Cuidados de Enfermería Postquirúrgicos

Son diversas atenciones que el personal de enfermería dedica a cada paciente. Es enseñar lo desconocido, en relación a salud o adaptación a enfermedad. Educar para disminuir miedos, enseñar la mejor forma de cuidar la salud, seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado. Se refiere a la intención de mejorar la calidad de vida del usuario y familia ante nuevas experiencias fomentando independencia y autonomía. Las características de atención dependerán del estado y la gravedad del paciente, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. El profesional de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica está encaminado a satisfacer las necesidades de salud del cliente quirúrgico individual o colectivamente en el postoperatorio inmediato y cumple las siguientes funciones:

- Planifica la atención del paciente en el POI tomando decisiones adecuadas en el manejo de los problemas.
- Ejecuta y evalúa los cuidados orientados a la satisfacción de las necesidades del paciente quirúrgico (complejidad).
- Aplica Protocolos de enfermería, evalúa la calidad de atención y monitorización cardíaca (pulsioxímetro), manejo hemodinámico y programación de alarmas audibles.
- Controla y monitoriza funciones vitales, paciente grado II, paciente grado III y paciente grado IV.
- Mantiene vías aéreas permeables y adopta una posición óptima en pactes quirúrgicos.
- Monitoriza drenajes, tubos y catéteres de secreciones: cantidad, color, olor.
- Prepara y revisa el funcionamiento de todos los equipos, fuentes de oxígeno, etc.
- Coloca y asegura el buen funcionamiento de los dispositivos de monitorización y vigilancia objetiva de las funciones vitales.
- Maneja e interviene en situaciones en las que es necesario efectuar maniobras dirigidas a RCP.
- Establece una vigilancia estricta de apósitos, para detectar precozmente alguna hemorragia.
- Implementa plan de manejo de dolor.
- Registra todos los eventos clínicos, quirúrgicos y de cuidados de enfermería con carácter de obligatoriedad en la ficha de recuperación.²⁵

Valoración del Estado del Paciente

La enfermera al recibir al paciente debe considerar los siguientes:

- Protocolo de cirugía: tiempo de la cirugía, tipo de cirugía y antecedentes.
- Nivel de conciencia: comprobando si hay reflejo parpebral, si el paciente está alerta y orientado.

- Función respiratoria: mediante la valoración de la permeabilidad de las vías respiratorias, característica de las respiraciones, el color y la temperatura de la piel para comprobar si el intercambio de oxígeno es el adecuado.
- Función cardiocirculatoria: valorando la frecuencia cardíaca.
- Herida operatoria: revisando los apósitos y los drenajes, si los hubiese. Al revisar los drenajes, es importante determinar si los fluidos drenados han aumentado o cambiado de aspecto desde que el paciente ingresa a la unidad o durante el tiempo de permanencia en la URPA, es importante la valoración de la hemorragia si está presente o se inicia.
- Regulación de la temperatura: El paciente ha sido expuesto durante el acto quirúrgico a una baja de su temperatura corporal, debido al ambiente frío del pabellón y además a los fluidos suministrados, durante la cirugía.
- Equipos especiales: también habrá que valorar el correcto funcionamiento del catéter vesical, vía venosa, sonda nasogástrica, etc.

Actividades específicas

- Control de signos vitales horario (cada 10- 15 minutos en las primeras 2 horas)
- Abrigo del paciente , observar estado de conciencia
- Manejo del dolor
- Observación de apósitos y drenajes
- Administración de medicamentos vía venosa
- Manejo de vía aérea
- Mediciones para el balance hídrico
- Medidas de seguridad

Durante este período, los cuidados continuos de enfermería se centrarán en la total estabilización del paciente. No olvidar las necesidades específicas de cada paciente, hay una serie de intervenciones de enfermería comunes a

la atención de los pacientes quirúrgicos durante el período postoperatorio.²⁹

Posibles complicaciones inmediatas

- a. Respiratorios: Intercambio inadecuado de oxígeno, falta de correcta expansión pulmonar, limpieza ineficaz de vías aéreas. Alteraciones en el patrón por una incompleta reversión del estatus anestésico. Saturación, fluidificación de secreciones.
- b. Apnea, hipoventilación e hipoxia (se debe medir la coloración de la piel para la detección)
- c. Dolor: Manejo del dolor, a través de la valoración.
- d. Náuseas y vómitos: Inclinar al paciente hacia un lado para evitar la bronco aspiración.
- e. Hipotermia: Control de temperatura y abrigar.
- f. Hemorragias: Problemas de coagulación y shock Control de signos vitales, observar apósitos y drenajes.
- g. Estado de conciencia: Evaluar despertar anestésico.³⁰

2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES

2.3.1 Variable Independiente

Estado de salud del paciente postoperado inmediato:

Definida como la condición en la que se encuentra el paciente en el postoperatorio, dentro de las 2 horas después de terminar la intervención quirúrgica, se medirá en tres niveles.

- Bueno: Cuando al realizar la evaluación con la escala del Alderete se obtiene un puntaje de 8 a 10.
- Regular: Cuando al realizar la evaluación con la escala del Alderete se obtiene un puntaje de 5 a 7.
- Malo: Cuando al realizar la evaluación con la escala del Alderete se obtiene un puntaje de 0 a 4.

2.3.2 Variable Dependiente:

Registros de enfermería en el postoperatorio inmediato:

Definida como los testimonios documentados sobre actos y conductas profesionales donde queda registrada toda la información sobre el actuar de la enfermera de la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), se emplearán los siguientes indicadores:

1. Cuidados de Enfermería:

Es la atención que realiza la enfermera al paciente postoperado inmediato en relación al empleo y llenado de los registros que se utilizan en la URPA y se medirá en dos niveles:

- Aplica: cuando la enfermera en la atención del paciente postoperado logro registrar de 18 a 20 actividades.
- No Aplica: cuando la enfermera en la atención del paciente postoperado solo registra de 1 a 17 actividades.

2.4. HIPÓTESIS

¿Existe concordancia estadísticamente significativa entre el estado de salud y el registro de enfermería de pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Regional de Loreto, 2014?

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

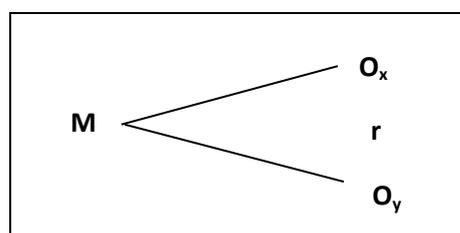
3.1 Método de investigación

En la presente investigación se empleó el método cuantitativo, porque se inicia con ideas preconcebidas, acerca de la concordancia entre el estado de salud y el registro de enfermería de pacientes postoperados de cirugía abdominal, permitiéndonos hacer predicciones de probabilidades y generalizaciones, utilizando procedimientos estructurales e instrumentos formales para recabar la información numérica requerida mediante procedimientos estadísticos.

3.2 Diseño de investigación

En el presente estudio se empleó el diseño no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional.

- No experimental: porque busca determinar la concordancia entre el estado de salud y el registro de enfermería de pacientes postoperados de cirugía abdominal, las variables no fueron manipuladas de forma deliberada, sino que fueron tratadas tal como se presentaron en la realidad.
- Descriptivo: porque permite observar, describir y documentar el comportamiento de las variables en estudio.
- Correlacional: porque busca determinar la relación entre variables estudiadas sin establecer causa efecto.
- Retrospectivo: porque nos permitió recoger datos de historias clínicas archivadas.
- Diagrama de investigación: Este diseño tiene el siguiente diagrama,



- Especificaciones:
M: Muestra
O: Observaciones
x, y: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)
r: Indica la posible relación entre las variables de estudio

3.3. Población y Muestra

Población:

La población de la presente investigación estuvo conformada por 98 historias clínicas de los pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal en el Hospital Regional de Loreto, de Diciembre a Febrero del 2015.

Muestra:

La muestra se determinó aplicando la fórmula para población finita, la fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

N	Muestra que está sujeto a estudio.
Z ²	1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)
P	0.5, proporción de la muestra.
Q	0.5, complemento de p.
E ²	Nivel de precisión.
N	Tamaño de la población accesible.

$$n = \frac{98 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (78 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 78 \text{ Pacientes}$$

Tipo de muestreo: Se utilizó el muestreo probabilístico, aleatorio simple por sorteo, hasta completar la muestra.

3.4 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes post operados de 20 a más años de edad
- Historias clínicas de pacientes postoperados de cirugía abdominal (apendicetomía, colecistectomía).

3.5 Técnicas e Instrumentos

Se utilizó la técnica de revisión documentaria de las historias clínicas que se encuentran en la unidad de estadística y de los cuadernos de registro de datos que se encuentran en sala de operaciones del HRL.

Los instrumentos que se utilizó en el presente estudio para recolectar la información fue la lista de verificación. Que consta de:

- Un cuestionario que consta de 5 ítems, tiene datos que nos permitió caracterizar a la muestra;
- La hoja de evaluación que identifico el estado de salud del paciente postoperado.
- La hoja de registro de enfermería que así mismo no fue necesario realizar la valides y confiabilidad de los instrumentos porque no se trabajó con las personas, si no con las historias clínicas de los pacientes postoperados de cirugía abdominal (Apendicetomía y Colecistectomía).

3.6 Procedimiento de Recolección de la Datos

Se procedió de la siguiente manera:

1. Se solicitó a través de documento emitido por las interesadas, autorización al Director del Hospital Regional de Loreto, para la ejecución del presente trabajo de investigación.
2. Se sustentó ante la Dirección de docencia e investigación del Hospital Regional de Loreto, los objetivos y naturaleza de la investigación, logrando el permiso correspondiente.
3. Para la recolección de datos se coordinó con el responsable de la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Regional de

Loreto, para la revisión de registro de pacientes intervenidos de cirugía abdominal.

4. Se coordinó con el jefe de la unidad de estadística para lograr facilidades en la consecución de las historias clínicas.
5. Se aplicó el instrumento procediendo a registrar los datos de la historia clínica del paciente postoperado de cirugía abdominal.

3.7 Plan de Análisis e Interpretación de Datos

La información se obtuvo y se incorporó a una base de datos a través del programa SPSS Versión 21,0. En la primera fase se desarrolló el análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión. En la segunda fase se utilizó el análisis estadístico inferencial de correlación de Pearson con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, que ayudara a determinar la relación de las variables en estudio.

3.8 Limitaciones:

Demora en la adquisición de historias clínicas para la recolección de datos, por parte del personal de estadística e informática del Hospital Regional de Loreto.

3.9 Protección de los Derechos Humanos

Fueron protegidos de la siguiente manera:

- Los instrumentos de recolección de datos fueron manejados en forma anónima, solo tendrán acceso a la base de datos los investigadores, los datos fueron analizados en forma agrupada.
- Para la aplicación de los instrumentos se tomó en cuenta el anonimato y el uso de códigos de ayuda.
- Los datos obtenidos serán de uso exclusivo de la investigación, no representara amenaza contra la salud física, moral ni mental.
- Al finalizar el análisis de los datos, los instrumentos serán destruidos.
- Durante toda la planificación y ejecución de la presente investigación se aplicaron los principios éticos y bioéticos.

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla N° 01
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES POSTOPERADOS
DE CIRUGIA ABDOMINAL, HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO 2014

	Ni	%	\bar{X}	S
Edad				
20 a 39	37	47.4	41,4	13,9
40 a 59	31	39.7		
60 a más	10	12.8		
Total	78	100.0		
Sexo				
Femenino	48	61.5		
Masculino	30	38.5		
Total	78	100.0		
Tipo de cirugía				
Apendicetomía	36	46.2		
Colecistectomía	42	53.8		
Total	78	100.0		
Tipo de anestesia				
Raquídea	75	96.2		
Epidural	0	0.0		
General	3	3.8		
Total	78	100.0		
Tipo de intervención				
Programada	44	56.4		
Emergencia	32	41.0		
Urgencia	2	2.6		
Total	78	100.0		

Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

En la tabla n° 01, se observa que del **100,0% (78)** pacientes postoperados de cirugía abdominal, Hospital Regional de Loreto 2014, el 47,4% (37) de ellos tienen entre 20 a 39 años de edad, mientras que un 12,8% (10) tienen 60 a más años de edad. La mayoría de los pacientes son de sexo femenino que representan al 61,5% (48) y el 38,5% (30) son pacientes masculinos. Con respecto al tipo de cirugía el 46,2% (36) presentan el tipo Apendicetomía y por Colectomía el 53,8% (42). El tipo de anestesia más usual aplicado a los pacientes es la raquídea con un 96,2% (75) mientras que la anestesia general es aplicado al 3,8% (3). La intervención programada representa al 56,4% (44) de los casos, mientras que por emergencia el 41,0% (32) y la intervención por urgencia sólo representan al 2,6% (2).

Edad

Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
20.00	81.00	41.4	13.9

Tabla N° 02
LISTA DE CHEQUEO DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE
QUIRÚRGICO (ESCALA DE VALORACIÓN DE ALDRETE)
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2014

		Ni	%
HEMODINAMICA	P/A [±] . 15% del nivel pre procedimiento	55	70.5
	P/A [±] . 30% del nivel pre procedimiento	22	28.2
	P/A [±] . 50% del nivel pre procedimiento	1	1.3
	Total	78	100.0
RESPIRACIÓN	Capaz de respirar profundo. Toser s/taquipnea,	69	88.5
	Taquipnea pero buena capacidad de toser.	9	11.5
	Disnea con mala capacidad de toser.	0	0.0
	Total	78	100.0
ACTIVIDAD	Capaz de movilizar toda las extremidades.	12	15.4
	Debilidad leve a moderada de extremidades.	48	61.5
	Incapaz de movilizar extremidades.	18	23.1
	Total	78	100.0
CONCIENCIA	Despierto y orientado	68	87.2
	Requiere mínimo estímulo para ser despertado.	8	10.3
	No despierta con estimulo táctil.	2	2.6
	Total	78	100.0
SATURACIÓN DE OXIGENO	Mantiene saturometría >92% aire ambiente.	73	93.6
	Necesita inhalar oxígeno para mantener. O ₂ >90%.	4	5.1
	Saturometría <90% a pesar de oxigenoterapia	1	1.3
	Total	78	100.0

Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

En la tabla n° 02, se observa que del **100,0% (78)** pacientes postoperados de cirugía abdominal, Hospital Regional de Loreto 2014, en el registro de Hemodinámica, el 70,5% (55) se registra con P/A \pm 15% del nivel pre predominante. Con respecto a la Respiración, el 88,5% (69) se registra con capaz de respirar profundo: Toser s/taquipnea. En el registro Actividad, el 61,5% (48) el registro que más se realiza es: Debilidad leve ha moderado de extremidades. Cuando se registra la Actividad, el que más prevalece es: Despierto y orientado, representa al 87,2% (68).

Tabla N° 03
ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (ESCALA DE
VALORACIÓN DE ALDRETE) HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO 2014

	N ^o	%
Estado de salud		
Buen estado de salud	58	74.4
Regular estado de salud	20	25.6
Total	78	100.0

Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

Según la tabla n° 02, del **100,0% (78)** pacientes postoperados de cirugía abdominal, Hospital Regional de Loreto 2014, el 74,4% (58) de los pacientes presentan buen estado de salud, mientras que el 25,6% (20) sus estado de salud es regular.

Tabla N° 04

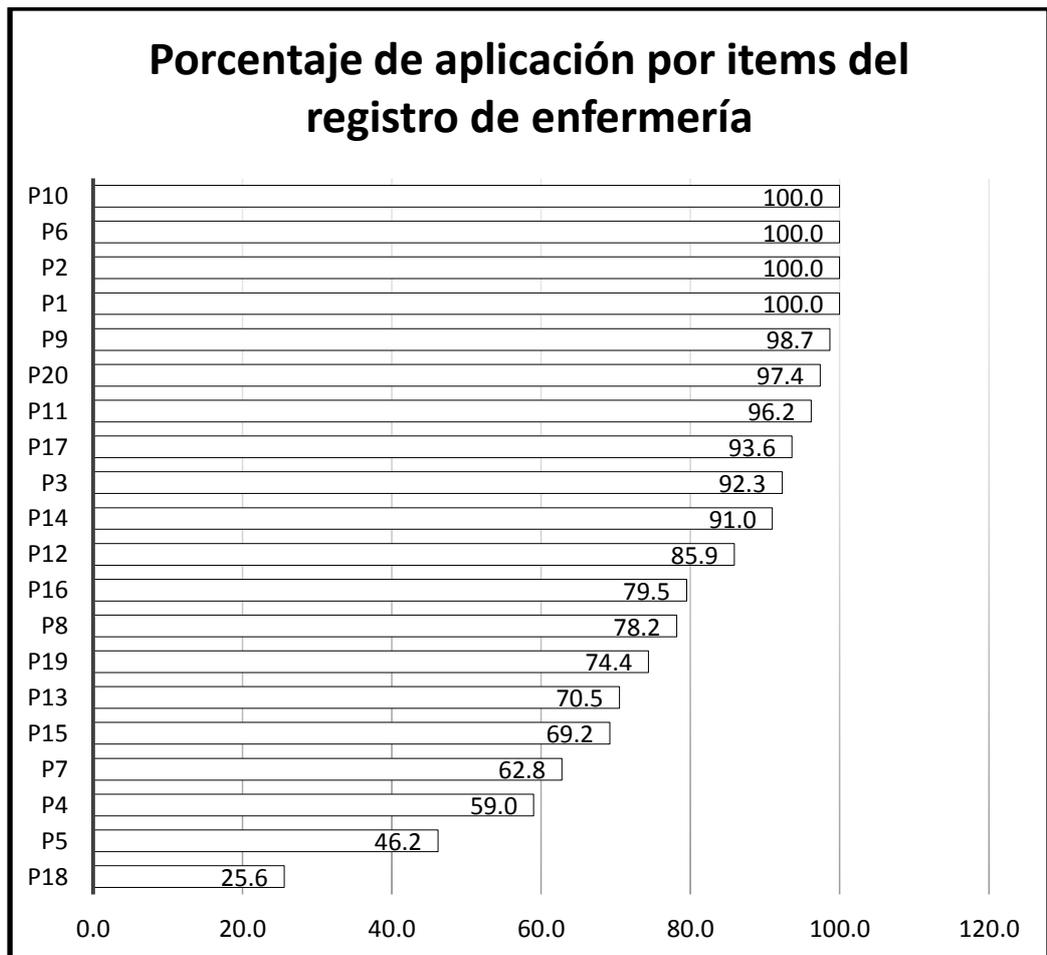
**LISTA DE CHEQUEO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA,
HOSPITAL REGIONAL LORETO. 2014**

N°	REGISTROS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	Registra	No Registra
1	Registro del estado general del paciente	100.0	0.0
2	Monitorización: Sat. O ₂ / P/A / FC / FR /T°	100.0	0.0
3	Registra presencia de catéter en extremidad superior	92.3	7.7
4	Registra presencia de sonda Foley	59.0	41.0
5	Registra diuresis del paciente	46.2	53.8
6	Registra funciones vitales	100.0	0.0
7	Registra presencia de sangrado	62.8	37.2
8	Registra presencia de drenaje	78.2	21.8
9	Registra respuestas cardiovasculares	98.7	1.3
10	Registra características de la respiración.	100.0	0.0
11	Registra estado de piel y mucosas	96.2	3.8
12	Registra dolor y malestar	85.9	14.1
13	Registra Balance hídrico	70.5	29.5
14	Registra reacción del paciente	91.0	9.0
15	Registra administración de oxígeno	69.2	30.8
16	Registra administración de fluidos Coloides/Cristaloides	79.5	20.5
17	Registra administración de analgésicos prescritos	93.6	6.4
18	Registra transfusión PG y/o Hemoderivados prescritos	25.6	74.4
19	Registra signos de alarma	74.4	25.6
20	Registra SOAPIE del paciente	97.4	2.6

Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

Gráfico N° 01

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA, DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL, HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2014



Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

El gráfico n° 01, representa al porcentaje de registro de enfermería por ítems que se realizan a los pacientes, donde sé que los ítems 10, 6, 2 y 1 tienen un registro del 100,0%, asimismo los ítems 12, 16, 8, 19, 13, 15, 7, 4, 5, 18 presentan registro de menos de 90,0%, donde los ítems 18 es el que menos registro presenta con sólo un 25,6%.

Tabla N° 05

**REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA DE LOS PACIENTES
POSTOPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL, HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, 2014**

	N ^o	%
Registro de enfermería		
Aplica	32	41.0
No aplica	46	59.0
Total	78	100.0

Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

En la **tabla n° 04**, se observa que del **100,0% (78)** pacientes post operados de cirugía abdominal, Hospital Regional de Loreto 2014, el 41,0% (32) de las enfermeras aplican el instrumento por lo menos al 90,0%, es decir realizan el registro de 18 a 20 ítems del instrumento; mientras que el 59,0% (46) No aplica el instrumento o registra 17 o menos ítems.

ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla N° 06

CONCORDANCIA ENTRE EL ESTADO DE SALUD Y REGISTROS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADO INMEDIATO DE CIRUGÍA ABDOMINAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. 2014.

Estado de salud	Registro de enfermería				Total	
	Aplica		No aplica			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Buen estado de salud	22	28.2	36	46.2	58	74.4
Regular estado de salud	10	12.8	10	12.8	20	25.6
Total	32	41.0	46	59.0	78	100.0
$X^2 = 0.895$ $GL = 1$ $p = 0.344$ $\alpha = 0.05$						
Índice Kappa de Cohen = - 0.085 $p = 0.344$						

Fuente: E. Coronel, G. Urbano, J. Vásquez

En la **tabla n° 06**, se observa que del **100,0% (78)** pacientes post operados de cirugía abdominal, Hospital Regional de Loreto 2014, se encuentra coincidencia en el **28,2% (22)**, es decir el buen estado de salud coincide con el registro de enfermería que si aplica, asimismo existe una coincidencia del **12,8% (10)** con el estado de salud regular y no aplica el registro de enfermería.

AL realiza el análisis estadístico se encuentra un $X^2 = 0,895$ y un $p = 0,344$, es decir no existe asociación ente los resultados obtenidos estado de salud y registro de enfermería.

Asimismo se encuentra un valor del índice de kappa de Cohen = - 0,085 y $p = 0,344$, con este resultado se concluye que no existe concordanciaentre el estado de salud y registros de enfermería en pacientes postoperados inmediato de cirugía abdominal (apendicetomía y colecistectomía) de la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Regional de Loreto. 2014.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación muestra las variables: concordancia entre el estado de salud y los registros de enfermería atendidos en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Regional de Loreto, 2014.

En relación a la caracterización de los pacientes postoperados de cirugía abdominal, en la edad se encontró un rango de 20 a 81 años, una media de 41,1 y una DS de 13,9 años. El mayor porcentaje de los pacientes son de sexo femenino con el 61,5%. Con respecto al tipo de cirugía el 46,2% fueron sometidos a Apendicetomía y por Colectomía el 53,8%. El tipo de anestesia más aplicado a los pacientes es la raquídea con un 96,2%. La intervención programada representa al 56,4%, estos resultados son similares a Baquero D, Chinchilla P, Isaza A, Jiménez M, Puyana J. (Colombia 2014), realizaron una investigación donde propusieron un instrumento para el seguimiento de la calidad de atención de pacientes con patologías quirúrgicas abdominales urgentes, usaron variables demográficas, con resultado de edad promedio fue 49 años. Los procedimientos más comunes fueron la colectomía laparoscópica 37,2%, la apendicetomía 35,6%, concluyeron mejorar el instrumento para hacer una buena medición de calidad en la atención del paciente CGU. Suponemos que estos resultados, se deben a los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, sobre todo la alimentación inadecuada y sedentarismo que está presente en la cotidianidad de las personas adultas porque muchas veces refieren no tener tiempo para la práctica de ejercicios. Por otra parte el tipo de anestesia más elegible por los anesthesiólogos, en este tipo de patologías es la raquídea por ser el procedimiento de menor riesgo, por su pronta recuperación y por no comprometer la conciencia.

Referente al estado de salud del paciente postoperado el 74,4% de los pacientes presentan buen estado de salud, probablemente estos resultados se deben a que las personas no tienen un tiempo prolongado de enfermedad por ser

enfermedades agudas, condiciones de salud de las personas son influenciadas por diversos factores como los cuidados de salud que recibe, el descanso, la nutrición, el tratamiento farmacológico entre otros. Por otra parte la atención de enfermería en la unidad de recuperación es preponderante para la recuperación del paciente toda vez, que es el profesional quien permanece junto al paciente después del acto quirúrgico y quien cumple funciones asistenciales en la recuperación post anestésica y post quirúrgica inmediata en el postoperatorio inmediato, estabilizando sus funciones vitales y vigilando señales de alguna complicación.

En relación a los registros de enfermería, empleados en pacientes postoperados, el 41,0% de las enfermeras aplican el instrumento; mientras que el 59,0% , no aplican el instrumento, estos resultados se asemejan con lo reportado por Fernández P. (España, 2013) en una investigación “Características de las anotaciones de enfermería” encontró que las características de los registros de enfermería revisadas se observan que 26,3% no son significativas, el 14,5% son significativas y el 59,2% son medianamente significativas. Referentes a otros factores para que no realicen un buen registro el 73% indica que es la sobrecarga laboral y solo 27% indica que no. Creemos que los resultados obtenidos se deben a que en la actualidad, uno de los principales problemas que enfrenta el Hospital Regional Loreto, como en muchos otros establecimientos de salud, es la escasez de recursos humanos profesionales, por lo que el profesional de enfermería tiene una sobrecarga laboral, lo que limita su tiempo impidiendo que aplique los registros de enfermería en forma eficiente.

Al buscar concordancia entre el estado de salud y los registros de enfermería, los resultados permiten indicar que no existe concordancia estadísticamente significativa con un valor del índice de kappa de Cohen = - 0,085 y $p = 0,344$, Estos resultados son similares a lo encontrado por Anccaci M. (Lima 2011), en un estudio de investigación titulado “ Coherencia entre las anotaciones de Enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo” encontró que no existe

coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio, el cuidado brindado reflejado en este tipo de registros no ha sido integral, ya que el contenido de las anotaciones de enfermería revisadas solo se basan en términos generales sobre el estado del paciente, en cuanto al estado de salud del paciente evidencian un estado bueno en el 25% (10), regular en un 62,5% (25) y malo en un 12,5% (5), así mismo es similar a lo encontrado por Arias G (España, 2011) en un estudio de investigación titulado “Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado” encontró que el 58,1% de los profesionales de enfermería si aplican los registros y guarda concordancia con la continuidad del cuidado mientras que el 41,9% aplican los registros parcialmente. No concuerda con lo encontrado por Mejía A., Delgado M., Dubón B. y Carmona G. (México 2011), en su investigación titulada “nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana” encontró que el 73,93% presento bajo nivel de apego con los registros de enfermería identificándose deficiencias en los registros y el mayor porcentaje de incumplimiento consistió en la omisión del nombre completo y firma del personal de enfermería. Creemos que estos resultados se deben a que los profesionales de enfermería tienen múltiples responsabilidades por lo que los registros de enfermería no son aplicados a todos los pacientes o no son elaborados de forma completa, siguiendo los lineamientos indicados para así dejar una constancia fiel de la condición del paciente. Cabe indicar que los registros de enfermería deben contener aspectos conocidos y utilizados con precisión y seguridad por la enfermera(o) para evitar errores en el registro de la información que pueda ser utilizada como prueba de conducta no profesional o de mala calidad de la asistencia prestada; por otra parte la documentación efectiva refleja la calidad del cuidado y proporciona evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo de salud. Así como también es una de las mejores defensas frente a las reclamaciones legales asociadas a los cuidados del enfermo, así mismo los cuidados de enfermería pueden haber sido excelentes; sin embargo, ante un tribunal los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados. Por otra parte también consideramos importante acotar que otro de los motivos por los cuales los

registros de enfermería no son aplicados o lo son parcialmente, también podrían deberse a la indiferencia y poca disposición del profesional de enfermería, quien en muchos casos, se muestran poco motivados y se dejan rutinizar por el trabajo.

4.3 CONCLUSIONES

Los registros de enfermería son documentos de mayor valor y confiabilidad que el profesional de enfermería, utiliza para comunicarse con el equipo de salud.

Al caracterizar a los pacientes postoperados de cirugía abdominal, se puede concluir lo siguiente: edad el 47,4% tienen entre 20 a 39 años de edad, el 12,8% tienen 60 a más años de edad, con rango de 20 a 81 años, promedio de 41,1 y un DS de 13.9. El 61,5% son de sexo femenino, el 38,5% son de sexo masculino, El 46,2% fueron sometidos a Apendicetomía, el 53,8% fueron sometidos a colecistectomía.

El estado de salud: El 74,4% de los pacientes tiene buen estado de salud el 25,6% de los pacientes tiene regular estado de salud.

Los registro de Enfermería: El 41,0% de las enfermeras aplican o realizan el registro de enfermería, el 59,0% no aplican los registros de enfermería.

Al buscar concordancia entre las variables se tuvo lo siguiente:

- De acuerdo al índice de kappa de Cohen, no existe concordancia entre el estado de salud y el registro de enfermería valor del índice de kappa de Cohen = - 0,085 y $p = 0,344$.
- De acuerdo a la prueba estadística de libre distribución chi cuadrada, no existe asociación entre los resultados obtenidos estado de salud y registro de enfermería $X^2 = 0,895$ y un $p = 0,344$

4. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas en el estudio de investigación recomendamos lo siguiente.

1. Al personal profesional de enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Regional de Loreto, realizar un adecuado registro de los formatos instituido por el MINSA como son: Aldrete, ASA, EVA, SOAPIE, entre otros los mismos que son usados en la atención del paciente postoperados de cirugías abdominales y considerar las indicaciones prescritas en la historia clínica para demostrar o plasmar la calidad y calidez de la atención de enfermería.
2. Al coordinador de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico propiciar, educación continua y reunión de coordinación para potenciar el uso adecuado de los formatos utilizados por el personal de enfermería en la URPA.
3. Al departamento de enfermería a través de su comité técnico verificar el uso adecuado de los formatos de Enfermería.
4. A los profesionales de Enfermería, realizar un adecuado registro de la atención de enfermería ya que evidencia la calidad del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Rodríguez L. Medio de Enseñanza en la Era Globalizada. Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia. 2009.
2. Arce O. Factores que determinan la Característica de los Registros que Maneja el personal de Enfermería. Trabajo Científico. Perú. 2010.
3. Ariza R. Calidad del Cuidado de Enfermería al Paciente Hospitalizado. Tesis de Pre grado. Colombia. 2011.
4. Organización mundial de la Salud. Salud de la población mundial y las discrepancias. Artículo científico. México. 2012.
5. Carrillo Betancourt, V. “Guía De Atención de Enfermería a Pacientes Postquirúrgicos Sometidos a Cirugías de Apendicetomías, y sus Efectos e Influencias en la Recuperación de los Mismos en el Servicio de Cirugía del Hospital Provincial General Latacunga En El Primer Semestre Del 2012”. Ambato-Ecuador 2013.
6. Baquero D, Chinchilla P, Isaza A, Jiménez M^a, Puyana J. Análisis de la Calidad en la Atención del Paciente de Cirugía general de Urgencia Colombia 2014.
7. Otero et.al. “Factores que Afectan el Correcto Llenado de los Registros Clínicos de Enfermería”. Tesis de Post grado. España.2013.
8. Fernández P. Características de las Anotaciones de Enfermería. Artículo Científico. España. 2013.
9. Angulo Z. Factores que Influyen en el Cumplimiento de la Realización de los Registros de Enfermería. Venezuela. 2013
10. López H. y Laos R. Importancia de los registros de Enfermería. Medwave. Año 12, Edición Mayo. Chile. 2012.
11. Cedeño R. Evaluación de la Calidad de Atención de Enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital “Rodríguez Zambrano” Manta 2010 Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. Ecuador. 2011.
12. Anccaci M. Coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2010. [Tesis para optar el Título

Profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.

13. Ramos Silva E., Nava, Galán. El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. México 2011.
14. Mejía A., Delgado M., Dubón B. y Carmona G. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. [Revista CONAMED, vol.16, núm. 1, enero-marzo]. México 2011.
15. García S. “Análisis de los Informes de Enfermería en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes”. Boletín Científico. Argentina. 2011.
16. Espino R. Nivel de Conocimiento de la Enfermera y su Relación con la Calidad de las Anotaciones de Enfermería. Tesis de Pre grado. España. 2011.
17. Díaz A. y Tello C. Registros del Profesional de Enfermería como Evidencia de la Continuidad. Tesis de Pre grado. Colombia. 2011.
18. Arias G. Registros del profesional de Enfermería y el Cuidado del Paciente Hospitalizado. Artículo Científico. España. 2011.
19. Arteaga M. Factores que Determinan las Características de los Registros que maneja el Personal de Enfermería. Tesis de Pre grado. Colombia. 2012.
20. Carmona T. Registros de Enfermería y Salud de Pacientes Post intervenidos. Tesis de Pre grado. España. 2010.
21. Setz, V.- D'Innocenzo M. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica por medio de la auditoría [Acta paul. enferm. vol.22 no.3 São Paulo May/June]. Brasil 2009.
22. Incalla I, Zegarra T. conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalué el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de recuperación del HNCASE Arequipa, Perú 2007.

23. Ibarra A, García M. Registros de enfermería. España 2012.
24. Cortez A. Estilos de Vida y Conductas de Salud. Artículo Científico. España. 2013.
25. Cárdenas R. Atención de Enfermería en el Pre y el Post operatorio Inmediato. Especialidad Enfermería en Centro Quirúrgico. Iquitos. 2014.
26. Organización Mundial de la Salud. Tu Salud. La Calidad de los Servicios Sanitarios. Servicios de Medicina Preventiva. Boletín Informativo. España. 2013.
27. Montes et.al. Conductas de riesgo y Factores Determinantes en Salud. Artículo Científico. Venezuela. 2009.
28. Aldrete J., Escala Aldrete y aldrete Modificada. Fundación Index Granada España 2009.
29. Talledo S. Cirugías Frecuentes en Cirugía General. Especialidad Enfermería en Centro Quirúrgico. Iquitos. 2014.
30. Hurst M. Enfermería Médico Quirúrgico. 1ª Edición. México 2013.

A N E X O

ANEXO N° 1



CODIGO

CUESTIONARIO PARA CARACTERIZAR AL PACIENTE QUIRURGICO

1. PRESENTACION:

Señores del área de Estadística, muy buenos días, somos profesionales de enfermería y estamos realizando un trabajo de Investigación titulado “Concordancia entre el Estado de Salud y los registros de Enfermería en Pacientes Postoperados de Cirugía abdominal (apendicetomía, colecistectomía) Hospital Regional de Loreto. 2014”, por lo que la presente lista de verificación está orientada a recolectar los datos que están descritos en la historia clínica de los pacientes que fueron sometidos a cirugía quirúrgica anteriormente mencionada, dichos datos serán confidenciales y utilizados únicamente por las investigadoras. Se contara con un instrumento para cada historia clínica.

Fecha:/...../.....

H. Cl.....

SIS.....

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	CODIGO
1) Edad.....		
a. 20 a 39	()	1
b. 40 a 59	()	2
c. 60 a mas	()	3
2) Sexo:		
a. Femenino	()	1
b. Masculino	()	2
3) Tipo de Cirugía		
a. Apendicetomía	()	1
b. Colecistectomía	()	2
4) Tipo de anestesia		
a. Raquídea	()	1
b. Epidural	()	2
c. General	()	3
5) Tipo de intervención		
a. Programada	()	1
b. Emergencia	()	2
c. Urgencia	()	3

ANEXO N° 2



CODIGO

“Concordancia entre el Estado de Salud y los Registros de Enfermería del pacientes Postoperados de Cirugía Abdominal (Apendicetomía, Colectectomía) Hospital Regional de Loreto. 2014”.

LISTA DE CHEQUEO DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (ESCALA DE VALORACIÓN DE ALDRETE)

	HORA	SI	NO
HEMODINAMICA	P/A \pm 15% del nivel pre procedimiento		
	P/A \pm 30% del nivel pre procedimiento		
	P/A \pm 50% del nivel pre procedimiento		
	Frecuencia cardiaca		
RESPIRACION	Capaz de respirar profundo. Toser s/ taquipnea, Taquipnea pero buena capacidad de toser.		
	Disnea con mala capacidad de toser.		
ACTIVIDAD	Capaz de movilizar toda las extremidades.		
	Debilidad leve a moderada de extremidades.		
	Incapaz de movilizar extremidades.		
CONCIENCIA	Despierto y orientado		
	Requiere mínimo estímulo para ser despertado.		
	No despierta con estimulo táctil.		
SATURACION DE OXIGENO	Mantiene saturometría >92% aire ambiente.		
	Necesita inhalar oxígeno para mantener. O ₂ >90%.		
	Saturometría <90% a pesar de oxigenoterapia		

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUACION:

Evaluación:

- Buen estado de salud : 8 a 10 puntos
- Regular estado de salud : 5 a 7 puntos
- Mal estado de salud : 0 a 4

ANEXO N° 3



CODIGO

“Concordancia entre el Estado de Salud y los Registros de Enfermería del pacientes Postoperados de Cirugía Abdominal (Apendicetomía, Colecistectomía) Hospital Regional de Loreto. 2014”.

LISTA DE CHEQUEO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN URPA

N°	REGISTROS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	SI = 1	NO= 0
1	Registro del estado general del paciente		
2	Monitorización: Sat. O ₂ / P/A / FC / FR /T°		
3	Registra presencia de catéter en extremidad superior		
4	Registra presencia de sonda Foley		
5	Registra diuresis del paciente		
6	Registra funciones vitales		
7	Registra presencia de sangrado		
8	Registra presencia de drenaje		
9	Registra respuestas cardiovasculares		
10	Registra características de la respiración.		
11	Registra estado de piel y mucosas		
12	Registra dolor y malestar		
13	Registra Balance hídrico		
14	Registra reacción del paciente		
15	Registra administración de oxígeno		
16	Registra administración de fluidos Coloides/Cristaloides		
17	Registra administración de analgésicos prescritos		
18	Registra transfusión PG y/o Hemoderivados prescritos		
19	Registra signos de alarma		
20	Registra SOAPIE del paciente		

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

EVALUACION:

- **Si Aplica:** Cuando al emplear el instrumento se logre un porcentaje igual o mayor del 90% (18 registros correctos)
- **No Aplica:** Cuando al emplear el instrumento se logre un porcentaje menor del 90% (menor de 18 registros correctos)

DESPEDIDA:

Señores del área de Estadística les agradecemos mucho la facilidad, la atención y el tiempo brindado por la recolección de datos para la investigación. Muchas Gracias.

VARIABLE : DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA MEDICIÓN	PREGUNTA/ INSTRUMENTOS
Registros de Enfermería en Post Operatorio Inmediato.	Son las actividades que realiza el profesional de enfermería en el cuidado al paciente postoperado inmediato (valoracion, diagnostico e intervencion) en la URPA, se emplearan los siguientes indicadores:	1. Cuidado de enfermería	Es la atención que realiza la enfermera al paciente postoperado inmediato en relación al empleo y llenado de los registros que se utilizan en la URPA y se medirá en dos niveles: - Aplica: cuando la enfermera en la atención del paciente postoperado logro registrar de 18 a 20 actividades. - No Aplica: cuando la enfermera en la atención del paciente postoperado solo registra de 1 a 17 actividades.	Nominal	Lista de chequeo del Registro de intervenciones de enfermería que consta de 20 ítems.