

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA**



**CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA  
GESTIÓN 2017-2018**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTERS  
CIENTIARUM EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

**AUTORA: LIC. NALDY ESCOBAR ZABALA  
TUTORA: LIC. M.S.C. GRACIELA CONDORI COLQUE**

**LA PAZ- BOLIVIA  
2019**

**“CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA  
GESTIÓN 2017- 2018”**

## **AGRADECIMIENTO**

Ante todo, agradezco a DIOS por darme el privilegio de vivir y no abandonarme en los momentos más difíciles de mi vida

El más profundo agradecimiento a los seres que me dieron la dicha de vivir, a mis queridos padres Constancio y Cecilia con mucho cariño respeto por sus constantes esfuerzos durante mi vida personal y profesional.

A la Lic. Graciela Condori Colque por haberme brindado su apoyo, su tiempo y paciencia en el desarrollo de esta investigación.

A mi esposo Eduardo, mis hijos y familia por las sugerencias oportunas por su comprensión, apoyo constante para que concluya esta Investigación.

La autora.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a todas las Enfermeras profesionales,  
en particular a la Lic. Felicidad Ríos y a mis padres  
que me dieron fortaleza para seguir adelante  
en mi carrera profesional

La autora.

## INDICE TRABAJO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES .....	2
2.1. Internacional.....	2
2.2. Nacional.....	7
2.3. Local.....	8
III. JUSTIFICACIÓN.....	10
IV. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1. Marco legal de Bolivia.....	11
4.2. Antecedentes de la calidad en el ámbito internacional y en Bolivia .....	11
4.3. Gestión de calidad.....	12
4.4. Doctrina de la calidad.....	12
4.5. Calidad de la atención sanitaria O.M.S. (1985) .....	12
4.6. Que busca la calidad.....	13
4.7. Porque está de moda la calidad.....	13
4.8. El expediente clínico.....	13
4.8.1. Parte asistencial.....	13
4.8.2. Parte administrativa.....	13
4.9. Condiciones básicas del expediente clínico.....	13
4.9.1. Veracidad.....	14
4.9.2. Integridad.....	14
4.9.3. Carácter científico.....	14
4.9.4. Sujeto a la norma.....	14
4.9.5. Secuencialidad.....	14
4.9.6. Disponibilidad.....	14
4.9.7. Exclusividad.....	14
4.9.8. Unicidad.....	14
4.9.9. Codificación.....	15
4.10. Finalidades del expediente clínico.....	15
4.11. Registro de instrumento técnico administrativo del personal de enfermería. 15	
4.11.1. Las notas de evolución de Enfermería.....	15

4.11.2. Notas de registro de tratamientos de Enfermería.....	16
4.11.3. Hoja de registro de signos vitales.....	16
4.11.4. Hoja de kárdex de Enfermería.....	16
4.11.5. Hoja de administración y eliminación de líquidos.....	17
4.12. Importancia de los registros de enfermería.....	17
4.13. Tipos de registro de enfermería.....	18
4.13.1. Registros narrativos.....	18
4.13.2. Registros computarizados.....	18
4.14. Utilidad de los registros de enfermería.....	18
4.15. Porque registrar.....	19
4.16. Normas para los registros de enfermería.....	19
4.17. Normas de los registros de enfermería en base al proceso atención de enfermería.....	19
4.18. Principios orientadores de la Joint Commission On Accreditation Of Health Care Organization (Jcaho).....	20
4.18.1. Evaluar en los centros prestadores de servicios de salud.....	20
4.18.2 Formular recomendaciones explícitas.....	20
4.18.3. Involucrar a los profesionales de todos los estamentos.....	21
4.18.4. Proporcionar un reconocimiento externo de la Calidad.....	21
4.18.5. Ser un agente clave en el mejoramiento continuo de la Calidad....	21
4.19. Norma que la Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (j.c.a.h.o.) establece para la documentación en enfermería...	21
4.20. Teoría que sustenta el cuidado de enfermería.....	21
4.21. El proceso atención de enfermería (P.A.E.) .....	22
4.21.1. Valoración.....	22
4.21.2 Diagnóstico de enfermería.....	23
a) importancia de los diagnósticos de enfermería.....	24
4.21.3. Planificación.....	24
4.21.4. Ejecución.....	25
4.21.5. Evaluación.....	25
4.22. Registros de enfermería en base al S.O.A.P.I.E.....	25

4.23. Ventajas del P.A.E.....	25
4.23.1 Ventajas del proceso atención de enfermería.....	25
4.23.2. Limitaciones del proceso atención de enfermería.....	26
4.24. Antecedentes de la unidad de cuidados post anestésicos.....	26
4.25. La enfermera en la unidad de cuidados post anestésicos.....	26
4.26. Que es la anestesia.....	26
4.27. Tipos de anestesia.....	26
4.27.1 Anestesia general.....	27
4.27.2 Anestesia regional.....	27
4.27.3 Anestesia tópica.....	27
4.28. Aspectos físicos de la unidad de cuidados post anestésicos.....	27
4.29. Recursos humanos para la unidad cuidados post de anestésicos.....	28
4.30. Objetivos del tratamiento de enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.....	28
4.31. Valoración inicial de la enfermera en la recepción del cliente en la Unidad de cuidados post anestésicos.....	29
4.32. Fases de la atención post anestésico .....	29
4.32.1. Fase I post operatorio inmediato.....	29
4.32.2. Fase II post operatorio mediato.....	29
4.33. Estándares de la A.S. A. (Americam Society Of Anesthesiologists) en los cuidados postoperatorios .....	30
4.34. Importancia de la aplicación de las diferentes escalas de la unidad de cuidados post anestésicos U.C.P.A.....	30
4.35. Funciones de la enfermera en la unidad de cuidados post anestésicos.	30
4.35.1. Valoración de la función respiratoria.....	30
4.35.2. Importancia del control de la saturación de oxígeno periférico...	31
4.35.3. Valoración de la función cardiovascular.....	31
4.35.4. Valoración del sistema nervioso central.....	32
4.36. Complicaciones durante el post operatorio inmediato.....	32
4.36.1. Riesgo cardiovascular.....	32
4.36.2. Náuseas y vómitos.....	32

4.36.3. Dolor.....	32
4.36.4. Instrumentos de medición del dolor.....	32
4.37. Criterios para el alta del cliente de la unidad de cuidados post anestésicos anestesia general.....	33
4.38. Escala de ALDRETE modificada.....	33
4.38.1. Interpretación de la escala de ALDRETE.....	35
4.39. Criterios para el alta del cliente de la unidad de cuidados post anestésicos anestesia conductiva.....	35
4.40. Criterios para el alta del cliente de la unidad de cuidados post anestésicos sedación.....	36
4.41. Responsabilidad del alta del cliente en la unidad de cuidados post anestésicos.....	36
4.42 Traslado y recepción del cliente en el área de hospitalización.....	36
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	39
VII. OBJETIVOS.....	40
A. Objetivo general.....	40
B. Objetivos específicos.....	40
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	41
8,1. Área de estudio.....	41
8.2 Tipo de estudio.....	42
8.3. Universo y Muestra.....	42
8.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	42
8.5. Estado de Variables.....	43
8.5.1. Variable Dependiente.....	43
8.6. Operacionalización de variables .....	44
8.7. Técnica y Procedimiento.....	49
8.7.1 Métodos.....	49
8.7.1.1 Instrumentos de recolección de Datos.....	49
8.7. 1.1.1 Cuestionario.....	49
8.7.1.1.2. Validez y Confiabilidad.....	49



8.7.2. Procedimientos para la Recolección de la Información.....	49
8.7.3. Técnica de Análisis Estadístico.....	50
IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
X. RESULTADOS.....	52
XI. DISCUSIÓN.....	71
XII. CONCLUSIONES.....	73
XIII. RECOMENDACIONES.....	74
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	89
XV. ANEXOS.....	92

## INDICE DE CUADROS

N°	Pág.
1. EDAD DE CLIENTES, ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	52
2. DISTRIBUCIÓN DE DATOS SEGÚN SEXO, ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	53
3. DIAGNÓSTICOS POST OPERATORIOS DE LOS CLIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS...	54
4. TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIERON LOS CLIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	55
5. REPORTE EN HOJAS DE ENFERMERÍA DE LA VALORACIÓN INICIAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	56
6. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DEL TIEMPO DE LOS SIGNOS VITALES, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	57
7. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DEL CONTROL DE SIGNOS VITALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS .....	58
8. REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LAS ALTERACIONES SECUNDARIAS A LA ANESTECIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	59
9. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LOS CUIDADOS REALIZADOS ANTE LAS ALTERACIONES SECUNDARIAS POR LA ANESTESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS	60
10. REGISTRO DE LA FECHA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POTS ANESTÉSICOS.....	61
11. REGISTRO DE LA HORA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	62
12. REPORTE DE LA HOJA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA, CON	

LETRAS CLARAS Y LEGIBLES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	63
13. REGISTRO DE ENFERMERÍA, ELABORADOS CON ORDEN CRONOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	64
14. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA QUE SON LLENADOS DE FORMA ESTANDARIZADA, CON EL COLOR DE BOLÍGRAFO POR TURNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS..	65
15. REPORTE DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, ES IDENTIFICADO CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	66
16. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, CON LA ESCALA DE VALORACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POTS ANESTÉSICOS.	67
17. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, EN BASE AL P.A.E.,EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	68
18. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LAS CONDISIONES DEL TRASLADO DEL CLIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICO.....	69
19. CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	70

## INDICE DE ANEXOS

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1.	PLANILLA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	93
2.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	97
3.	PRESUPUESTO.....	98
4.	GRÁFICOS ESTADÍSTICOS.....	99
5.	FOTOS DE REGISTROS.....	118
6.	CARTAS DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN.....	126

## INDICE DE GRÁFICOS

N°	Pág.
1. EDAD DE CLIENTES, ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	99
2. DISTRIBUCIÓN DE DATOS SEGÚN SEXO, ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	100
3. DIAGNÓSTICOS POST OPERATORIOS DE LOS CLIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS...	101
4. TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIERON LOS CLIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	102
5. REPORTE EN HOJAS DE ENFERMERÍA DE LA VALORACIÓN INICIAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	103
6. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DEL TIEMPO DE LOS SIGNOS VITALES, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	104
7. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DEL CONTROL DE SIGNOS VITALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS .....	105
8. REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LAS ALTERACIONES SECUNDARIAS A LA ANESTESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	106
9. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LOS CUIDADOS REALIZADOS ANTE LAS ALTERACIONES SECUNDARIAS POR LA ANESTESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS	107
10. REGISTRO DE LA FECHA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	108
11. REGISTRO DE LA HORA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	109
12. REPORTE DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, CON LETRAS CLARAS	

Y LEGIBLES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS ..	110
13. REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA, EN ORDEN CRONOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	111
14. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, QUE SON LLENADOS DE FORMA ESTANDARIZADA CON EL COLOR DE BOLÍGRAFO POR TURNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS..	112
15. REPORTE DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, ES IDENTIFICADO CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL REponsable DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	113
16. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, CON LA ESCALA DE VALORACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POTS ANESTÉSICOS	114
17. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, EN BASE AL P.A.E., EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	115
18. REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LAS CONDISIONES DEL TRASLADO DEL CLIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POTS ANESTÉSICOS.....	116
19. CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS.....	117

## ACRONIMOS

**U. C. P. A.** Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

**S.O.A.P.I.E.** Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención, Evaluación.

**N.A.N.D.A.** North American Nursing Diagnosis Association.

**P.A.E.** Proceso Atención de Enfermería.

**O.M.S.** Organización Mundial de la Salud.

**O.P.S.** Organización Panamericana de la Salud.

**I.S.O.** Organización Internacional para la Standarización.

**J.C.A.H.O.** Joint Commission On Accreditation On Of Health Care Organization

**A.S.A.** American Society of Anesthesiologists.

**I.N.O.** Instituto Nacional de Oftalmología.

## RESUMEN

La Calidad en los Registros de Enfermería constituye una base fundamental para obtener información sobre el estado de salud del cliente los cuidados brindados tienen que estar anotados en la hoja de enfermería y la continuidad del tratamiento. También son importantes actualmente, para respaldar las acciones del personal de enfermería debido al aumento de las situaciones médico-legales.

El objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de calidad de los registros en las hojas de enfermería en la Unidad Cuidados Post-Anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología de las gestiones 2017 - 2018. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, se consideró: expedientes clínicos, hojas de enfermería de clientes mayores de 18 años post operados inmediatos.

Para fines de estudio se consideró una muestra de 1278 historias clínicas y registros realizados por el personal de enfermería que trabajan en el servicio de recuperación. Se utilizó un cuestionario con tres ítems para medir la calidad de los registros de enfermería.

Los resultados más sobresalientes son: el 1,3% de registros de enfermería tiene un regular nivel de cumplimiento y un 98,7% no hay información suficiente del cliente, no se encuentran registrados de acuerdo al P. A. E. y se puede justificar por un exceso de trabajo o la falta de un registro de calidad que será una evidencia documentada y contribuirá una estancia satisfactoria del cliente previniendo riesgos.

Por lo tanto, se propuso diseñar una Hoja de Registro en la Recuperación de la Anestesia para enfermería aplicando Estándares Internacionales de la recuperación de la anestesia, control de las constantes vitales. Como también actualizar y capacitar al personal de Enfermería del I. N. O. en el manejo de la hoja respectiva.



## SUMMARY

Quality in Nursing Registries is a fundamental basis for obtaining information on the health status of the client. The care provided must be recorded in the nursing sheet and the continuity of the treatment. They are also important today, to support the actions of nursing staff due to the increase in medical-legal situations.

The objective of the present work was to determine the quality level of the records in the nursing sheets in the Post-Anesthetic Care Unit of the National Institute of Ophthalmology of the 2017-2018 administrations. A quantitative, descriptive, retrospective investigation was carried out. : clinical files, nursing sheets of clients over 18 years after immediate surgery.

For study purposes, a sample of 1278 clinical records and records made by the nursing staff working in the recovery service was considered. A questionnaire with three items was used to measure the quality of the nursing records.

The most outstanding results are: 1.3% of nursing records have a regular level of compliance and 98.7% there is insufficient information from the client, they are not registered according to the PAE and can be justified by an excess of work or the lack of a quality record that will be documented evidence and will contribute to a satisfactory stay of the client preventing risks.

Therefore, it was proposed to design a Record Sheet in the Recovery of Anesthesia for nursing applying International Standards for the recovery of anesthesia, control of vital signs. As well as updating and training the nursing staff of I. N. O. in the management of the respective sheet.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Los registros de la hoja de Enfermería, se constituyen en una base fundamental para obtener información del estado de salud del cliente, donde se debe registrar la: valoración inicial, el diagnóstico de enfermería, la planificación, ejecución y posteriormente la evaluación de los cuidados de enfermería y a la vez nos permite conocer los cambios importantes que sucedieron con el estado de salud del cliente, durante la permanencia del mismo, en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

Los registros en la hoja de enfermería deben ser elaborados por el personal profesional, de tal forma que sea clara, precisa oportuna y sistemática, porque se constituye en una base fundamental para respaldar las acciones del personal de enfermería en situaciones administrativas y legales.

Deben registrarse las intervenciones de enfermería, porque son la constancia de nuestras actividades diarias y porque se constituye en una fuente de información para futuras investigaciones.

La presente investigación surge como resolver el problema identificado, si estos registros de la hoja de enfermería son de calidad, si en ella se encuentran registradas las actividades asistenciales que enfermería brinda en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología y la aplicación del proceso atención enfermero, si se cumple con normas establecidas para el registro en la respectiva hoja de enfermería.

Como también se pretende identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, para promover alternativas que beneficien al cliente y respalden las acciones de enfermería, mediante un registro completo y así prevenir complicaciones posteriores en el cliente y evitar procesos legales en el personal.

## **II. ANTECEDENTES.**

A continuación, se presenta algunos estudios relacionados sobre el tema de estudio.

### **2.1 INTERNACIONAL**

Arraús Martínez Osvaldo. De la Universidad Nacional de Asunción, en su Facultad de ciencias Médica y Escuela de enfermería realiza un trabajo Científico de Investigación Titulado “Factores que determinan las Características de los registros que maneja el personal de enfermería”, estudio descriptivo en base a encuesta e investigación bibliográfica documental. El resultado obtenido demuestra un porcentaje importante el 91,2% respeta el formato de la hoja, escribe fecha y hora en forma correcta, mientras que el 8,8% no respeta 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 considera excesivo y falta tiempo para completar los registros; mientras el 55,9 % refiere no tener dificultad de tiempo. Respecto a la importancia de los registros de enfermería existe el 58,8% del personal refiere que su anotación es completa y el 41,3% indica que sus registros no son completos. (1)

García Silvia y su colaboradora, en su Trabajo de investigación llamado “Análisis de los Informes de Enfermería en los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes – Argentina 2008”, 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. Hay una escasez de rigor metodológico en el estudio como para proporcionar resultados fiables, podemos resaltar que existe en general poco hábito de registrar las actividades propias de enfermería mientras que la transcripción de las ordenes medicas se realiza por norma. (2)

Calidad en los Registros de Enfermería Antonio Ruiz Hontangas,2010. La conferencia solicitada versará sobre dos dimensiones relacionadas con los registros de la disciplina enfermera. El enfoque aborda por una parte el marco legal, y por otra la calidad de los registros enfermeros, enfocados desde las dimensiones científica y de calidad. Podríamos definir los registros de enfermería como el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Su principal finalidad sería la asistencial, enfocada a prestar unos cuidados de la máxima calidad, además de la finalidad docente-investigadora y de gestión, permitiendo el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. No podemos olvidar que otra de sus finalidades es la que podría denominarse jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales. (3)

Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería 2010. El objetivo de este trabajo es evaluar si los registros de enfermería en las historias clínicas de los usuarios hospitalizados durante el mes de marzo de 2010 en el Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico cumplen con los estándares de calidad. Se propone un estudio observacional, descriptivo, cualitativo, cuantitativo de un total de 1080 historias clínicas donde se analizaron un 10% de las mismas, constituyéndola muestra de estudio. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple. Se analizó la presencia o ausencia de 22 variables que fueron consideradas relevantes a la hora de valorar los registros del personal de enfermería, luego se realizó un análisis invariado. Podemos concluir que, a grandes rasgos, el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros de manera que cumplan con los estándares de calidad. Sobre las variables analizadas concluimos que el cumplimiento de las normas para el correcto llenado de la historia clínica se halla presente con frecuencias elevadas, aunque no logran alcanzar valores óptimos. (4)

Zamudio GL, Ibarra BI, Suaste ML, Hernández M 2010 La tendencia del ejercicio profesional de enfermería en la actualidad está encaminada a elaborar planes de cuidados basados en la taxonomía NANDA, los diagnósticos de enfermería, las intervenciones independientes (NIC) y los resultados esperados, así como su evaluación (NOC). El trabajo de la enfermera es fundamental para preservar la salud del paciente, por lo que es importante estandarizar un plan de cuidados específico para brindarles una atención de calidad. Metodología: Se realizó una revisión de la evidencia científica existente, así como un consenso de enfermeras profesionales expertas para elaborar los planes de cuidados. Resultados: Se seleccionaron los diagnósticos de enfermería específicos y se plantearon las intervenciones de enfermería, así como los resultados esperados para posteriormente establecer una guía específica de cuidado enfermero. Conclusiones: El cuidado enfermero es un método dinámico que permite al profesional de enfermería identificar las respuestas humanas y/o paciente para establecer un plan de cuidados oportuno de intervenciones independientes y ofrecer una atención de calidad basada en la evidencia científica que le da a la enfermera el nivel de profesionalismo. (5)

Morales Loayza, Sandra Carmela Fecha: 2011 La investigación de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20. Se llegó a las conclusiones: Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiada tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). (6)

Otro estudio similar de Patricia Urgilés y Janeth Barrera que lleva como título Normas para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema basado en problemas SOAPIE en hospitalización del HE-1 Quito Ecuador 2012 el objetivo es analizar el método de registro de enfermería como evidencia en la continuidad del

cuidado en los servicios de hospitalización además elaborar la normativa aplicando el SOAPIE, este estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio transversal, previa prueba piloto, se elaboró y aplico un instrumento de chequeo de la evolución de enfermería el cual se basó en la reglamentación del manejo de historias clínicas, los resultados obtenidos demuestran que el 10% de las historias clínicas no cumplen con el tipo de registro SOAPIE se acerca al sistema narrativo, finalmente hay poca pertinencia con los registros realizados por la enfermera, o la carencia de los criterios de diligenciamiento ético-legales. (7)

Quispe Aduvire, Carmen Fecha: 2012. El objetivo general es determinar si existe relación entre el Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la calidad de las Notas de Enfermería. Estudio cuantitativo de nivel Relacional, tipo cuasi experimental, retrospectivo, transversal y Analítico. La muestra estuvo compuesta por 42 profesionales de enfermería, utilizando como técnica la observación y el análisis de casos; como instrumentos una encuesta sobre estudio de casos y una lista de chequeo. Resultados: un 16,7% aplica óptimamente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 31% que presenta Notas de Enfermería de buena calidad, un 47,6% aplica regularmente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 47,6% que presenta Notas de Enfermería de regular calidad y un 35,7% aplica de manera deficiente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 21,4% que presenta Notas de Enfermería de mala calidad. Conclusiones: tras hallar el nivel de significancia se concluye que existe relación significativa entre el Nivel de Aplicación del Proceso de Atención de enfermería y la Calidad de las Notas de Enfermería en los Centros de Salud de la Microred Metropolitana Tacna. (8)

Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. 2013. A través de los años se han incrementado las denuncias por mal praxis contra profesionales en enfermería y sus instituciones empleadoras. Esto también ha estado pasando en Costa Rica. Las investigaciones por demanda de responsabilidad profesional en Enfermería, deben ser realizadas por médicos del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, cuando se investigue si han ocasionado lesiones o muerte. El

profesional en Enfermería tiene que hacer como mínimo los siguientes deberes con el paciente: atención óptima, oportuna y continua, atención cuidadosa, acatamiento de instrucciones del médico tratante, consentimiento escrito previa explicación para procedimientos riesgosos. Muchas razones han sido invocadas para demandar a un profesional por mala práctica, pero la mayoría no corresponden a actos sanitarios negligentes, imprudentes o de impericia. Se debe concientizar a los profesionales, a hacer mejores registros de Enfermería, porque son elementos que pueden ayudar en la investigación de un proceso judicial. (9)

Cabanillas Serrano, Laura Vanesa; Cordero Villanueva, Cyntia Vanessa; Zegarra Serna, Ana Francesca 2016. El objetivo: determinar la calidad de las anotaciones de Enfermería utilizadas en la atención de los pacientes del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lan Franco La Hoz durante el año 2016. Material y métodos: El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y diseño no experimental, se lleva cabo en la unidad de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lan Franco La Hoz. El estudio se realizó con la población constituida por un total de 312 historias clínicas cuyas anotaciones de Enfermería fueron elaboradas durante los meses de Julio a Setiembre del 2016. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la revisión documental, y como instrumento se utilizó una lista de cotejo para evaluar la calidad de las anotaciones de Enfermería. Para la recolección de información, se coordinó con la autorización institucional, procediendo a su realización. La información obtenida se procesó y analizará a través del programa estadístico STATA donde se encontró, que no aplican el proceso enfermero. (10)

J.J. López-Cocotle, M.G. Moreno-Monsiváis, C.H. Saavedra-Vélez 2017 El registro clínico de enfermería debe reflejar la actuación del profesional en la atención del paciente, con la finalidad de poder evidenciar el rol autónomo de la disciplina y diferenciar sus actividades del resto de los profesionales del equipo multidisciplinario de salud. Metodología: El proyecto que se describe a continuación se desarrolló en una institución de carácter privado de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. Estuvo conformado de cuatro etapas que dieron como resultado el formato Registro Clínico de Enfermería, el cual se encuentra respaldado por la legislación vigente de los

organismos reguladores. Se utilizó la Cédula de Evaluación del Registro Clínico de Enfermería como instrumento para determinar el nivel de cumplimiento del formato obtenido. Resultados: Se obtuvo un nivel de cumplimiento del 95.59%. Conclusión: Los resultados obtenidos representan un avance significativo la mejora de la calidad del registro clínico, y ello ayuda a mejorar la calidad en la atención de los pacientes. (11)

## **2.2. NACIONAL:**

Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? 2012 Las enfermeras bolivianas no han incorporado definitivamente el método científico y las taxonomías a los cuidados. Este estudio cualitativo pretende comprender el significado atribuido al proceso de enfermería por docentes y profesionales del Departamento de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). Recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante. Análisis bajo el marco teórico y metodológico del Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada, usando el software ATLAS.ti.6.0. De los datos emergieron los siguientes temas: dificultades de implantación del proceso de enfermería; déficit de formación e iniciativa profesional; posición de dominio del médico; carencia de registros; escaso apoyo institucional. Ventajas de implementación: unificar criterios, lenguaje y facilitar el rol propio de enfermería. Se concluye en que las enfermeras depositan sus expectativas profesionales y de mejora de los cuidados en la implementación del Proceso de Enfermería y los Planes de Cuidados, un giro cultural que involucra a docentes, auxiliares y gestores. (12)

Rosa María Pecina Leyva \*Registros de Enfermería y la Aplicación del Proceso Enfermero en el Area de Recuperación Quirúrgica 2013. El objetivo: Determinar el contenido de los registros de enfermería sobre el proceso enfermero aplicado a pacientes en el área de recuperación quirúrgica. Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se utilizó una lista de cotejo. La muestra fue de 106 hojas de registro de enfermería del área de recuperación quirúrgica en una Institución pública de segundo nivel de atención. El análisis de datos se realizó utilizando el programa SPSS versión 17. Resultados. Se obtuvo que el 60.4% de los expedientes revisados incluyeron



anotaciones incompletas, donde solo se anotaron en un 17.9% las medidas farmacológicas y en un 9.4% se incluyeron la información general sobre el estado de salud del paciente. Conclusiones. El contenido de los registros de enfermería en el área de recuperación quirúrgica, no se documenta en base al proceso enfermero porque no se tiene sistematizada la implementación de esta herramienta como método de trabajo en esta área hospitalaria.(13)

### **2.3. LOCAL:**

Realizado por Vaca Mariobo Delma Lic. en enfermería 2008. La presente investigación tiene como objetivo establecer la calidad de la hoja de registros de enfermería con el propósito de mejorar los conocimientos del personal de enfermería y tener registros con calidad en la hoja de enfermería, consideró una muestra de 227 registros realizados por 16 enfermeras, utilizo 2 instrumentos de recolección de datos, un cuestionario de conocimientos y una lista de chequeo para medir la calidad. Los resultados fueron que los registros de enfermería no cumplen con los parámetros de calidad, no tiene información insuficiente del paciente. Los registros de enfermería fueron realizados antes de la intervención o al final de la jornada laboral, justificándose por exceso de trabajo; en resumen, los registros de enfermería no reflejan la calidad de atención a los usuarios. (14)

Calidad Del Registro De Enfermería S.O.A.P.I.E. En La Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Seguro Social Universitario La Paz Gestión 2012. El objetivo de Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados. Para fines de estudio se consideró una muestra de 65 registros de enfermería, se utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo que consta de 15 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales Los resultados más sobresalientes fueron que el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en un 45% de todos los casos Se verifico que la falencia está en el registro incorrecto de los datos subjetivos del neonato y los diagnósticos de enfermería. Por

otra parte, no están utilizando herramientas con base científica como una Guía para aplicar el PAE basado en el registro del SOAPIE correctamente. estudiados. (15)

Fecha: 2013 Lic. Erika G. Hidalgo Zanorano. El Objetivo del presente trabajo fue determinar la calidad de los registros en las hojas de Enfermería en la Unidad Cuidados Post-Anestésicos de la Caja Bancaria Estatal de Salud 1er. Semestre 2010. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, muestra 46 expedientes clínicos. Llegando a la siguiente conclusión: Que en las Hojas de Enfermería en el 100% no se encontró registrado escalas de valoración, ni se encuentra registrado de acuerdo al Proceso Atención de Enfermería SOAPIE de los casos. (16)

### **III. JUSTIFICACIÓN:**

La presente investigación surge como necesidad de poder determinar la Calidad en el Registro de la Hoja de Enfermería tomando en cuenta al individuo desde un enfoque holístico. Además, se busca contribuir a la profesión de manera científica que favorezca en la práctica de enfermería desde un punto de vista ético legal.

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.

Por eso es necesario realizar una herramienta capaz de evidenciar la calidad del cuidado de enfermería, debido a la variedad de signos y síntomas, que pueden presentar durante la permanencia del mismo en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos, una valoración inicial rápida y sencilla, como es la Escala de Alderete, Bromage, Ramsay, permite al personal de enfermería detectar cambios y alteraciones que pueden poner en peligro la vida del cliente, al mismo tiempo estas escalas nos proporcionan bases para la elaboración de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC de enfermería, que son elementos básicos dentro del Proceso de Atención de enfermería.

En la parte social contribuiremos mejorando la calidad de atención de enfermería en el post operatorio inmediato, aplicando un registro que cumpla estándares internacionales de valoración siendo el más importante dentro de ellos las "Anotaciones de enfermería"; considerado como un instrumento de desempeño de la enfermera en la recuperación de la anestesia y contribuir a una estancia satisfactoria del cliente en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. MARCO LEGAL EN BOLIVIA**

De acuerdo a la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, el cual nos indica que “Todas las personas tienen derecho a la salud. Y además que el estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna. En la cual el único sistema de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. (17)

### **4.2. ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y EN BOLIVIA:**

La Calidad ya existía desde antes de Cristo, en el año 1450 y como muestra de aquellos podemos hacer referencia que: Los inspectores egipcios comprobaban la medida de los bloques de piedra con un pedazo de cordel, este método también fue usado por los Mayas para controlar la Calidad.

En 1960 en México se da inicio a programas de Evaluación de la Calidad en Salud y el Programa Nacional de Salud. En el 2001-2006 se identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. (18)

En Bolivia se inicia en la década de 1990 donde se aborda la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud.

En Bolivia es una política el proceso de acreditación de hospitales que siguió la corriente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales vieron la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de la calidad en la atención de salud ofrecida por los hospitales. (19)

En 1994 por Resolución N° 0329 de la Secretaria Nacional de Salud, se aprueba la conformación de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia otorgándole la dirección magna para la normalización, ejecución y evaluación del proceso de acreditación de los hospitales en el país. (20)

En el año 2000 el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) Implementa los instrumentos de control médico en los servicios de salud de la seguridad boliviana, estos instrumentos fueron actualizándose de acuerdo a necesidades de los comités de cada institución. Nuevamente en el año 2005 se promulga la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, el cual constituye un hito histórico para la Salud en Bolivia por que establece el marco jurídico que institucionaliza la auditoria médica los ámbitos del acto médico y gestión de calidad de los establecimientos de salud. (21)

#### **4.3. GESTIÓN DE CALIDAD**

Es un proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanentemente. Calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observación de normas y estándares, previamente establecidos y acordados. (22).

#### **4.4. DOCTRINA DE LA CALIDAD**

La doctrina de la calidad es un conjunto de condiciones que nos permiten hacer bien hechas las cosas sean estas acciones, servicios o productos causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes los reciben. (23)

#### **4.5. CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA (1985)**

Asegurar que cada cliente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del cliente, del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del cliente durante el proceso.

#### **4.6. QUE BUSCA LA CALIDAD**

La calidad busca hacer las cosas correctas, desde el principio, dignificar y reevaluar el trabajo humano.

La calidad no solo es hacer gestión, es al contrario el resultado de una acción que cosas mejor y poniendo conocimientos y aprovechando oportunidades para se realiza, quien evalúa es el usuario, es un compromiso del hospital de hacer las satisfacer expectativas de los usuarios.

#### **4.7. POR QUE ESTA DE MODA LA CALIDAD**

Porque el cliente debe estar satisfecho con la atención recibida.

#### **4.8. EL EXPEDIENTE CLÍNICO**

Es el conjunto de documentos escritos e icnográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permitirán encarar de la mejor manera el estado de salud enfermedad del cliente y su respectivo tratamiento. (24)

El expediente clínico integra dos partes:

##### **4.8.1. Parte asistencial**

A la cual pertenecen todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad del cliente.

##### **4.8.2. Parte administrativa**

Nos proporciona datos generales que nos permiten identificar en forma sencilla a cada cliente.

#### **4.9. CONDICIONES BÁSICAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

Para que sea considerado un instrumento de interpretación y uso confiable debe cumplir Lo siguiente: (25)

#### **4.9.1. Veracidad**

Todo lo que está escrito en el expediente clínico en relación al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cliente debe ser verdadero.

#### **4.9.2. Integridad**

El expediente clínico debe contar en su integridad con todos los métodos de diagnóstico que fueron realizados en el cliente para llevar a cabo la rehabilitación, iniciando desde los datos personales de identificación estos deben estar completos

#### **4.9.3. Carácter científico**

Contribuyen bastante los avances técnicos y científicos de la medicina todas reconocidas y validadas Internacionalmente.

#### **4.9.4. Sujeto a la norma**

En estricto cumplimiento a la norma existente actual en nuestro país, para la elaboración y manejo del expediente clínico.

#### **4.9.5. Secuencialidad**

Todos los registros deben seguir un orden cronológico.

#### **4.9.6. Disponibilidad**

Accesible cuando se lo requiera y con limitaciones que indica la norma técnica del expediente clínico.

#### **4.9.7. Exclusividad**

Debe ser para cada cliente “Exclusivo” el expediente clínico.

#### **4.9.8. Unicidad**

Debe encontrarse en “Formatos únicos y generales” para todo el sistema de salud.

#### **4.9.9. Codificación**

La asignación de un número de identificación al Expediente Clínico con el que figure en el archivo estadístico tomando en cuenta los datos de identificación personal.

#### **4.10. FINALIDADES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

En virtud de la mayor precisión posible para, los múltiples usos y aplicación del Expediente Clínico se hace necesario definir sus siguientes finalidades

- Asistencial
- Docencia
- Investigación
- Gestión y planificación
- Información
- Administración
- Jurídica legal
- Control de calidad asistencial y comunicación

#### **4.11. REGISTRO DE INSTRUMENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

##### **4.11.1. Las notas de evolución de enfermería.**

Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del cliente, su evolución como también a las interrupciones o complicaciones que se puedan presentar.

La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del cliente y las indicaciones del médico, la admisión y egreso del cliente, tomando en cuenta la fecha, hora y la persona o las personas que lo acompañaron.

Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la enfermera responsable de su elaboración. (26)



El registro de los cuidados de enfermería debe ser pertinente y conciso, debe identificar las necesidades del cliente y reflejar el trabajo de enfermería en forma escrita. Debe escribir su nombre y apellido, con el objeto de asumir la responsabilidad relacionada al documento que suscribe.

La firma es de carácter obligatorio por:

- Costumbres de buena práctica
- Cumplimiento de disposiciones reglamentarias.
- Principios generales del código civil.

Se recomienda al pie del expediente clínico como también debe estar la matrícula profesional correspondiente. Un expediente clínico firmado tiene la misma eficacia probatoria que otras sin firmar. Debe contener también la gráfica de los signos vitales y las características de cada servicio y turno.

#### **4.11.2. Notas de registro de tratamientos de enfermería**

Deben ser elaborados y registrados por el profesional en enfermería que administra el tratamiento médico, en la que debe registrar nombre del medicamento, dosis del medicamento y la vía de administración más el horario que fue administrado, observaciones, firma, sello de quien administra.

#### **4.11.3. Hoja de registro de signos vitales**

Consiste en los gráficos que se realizan en la hoja de signos vitales, después de controlar la temperatura, presión arterial, pulso, respiración del cliente, en los diferentes turnos. Pudiendo contener casillas para anotar datos adicionales como balance hidroelectrolítico. (27)

#### **4.11.4. Hoja de kárdex de enfermería**

Debe ser elaborado y registrado por la licenciada en enfermería y debe tener los datos del cliente, fecha de ingreso, diagnóstico, nombre del médico tratante, dieta, indicaciones médicas actualizadas, plan de cuidados de enfermería según diagnósticos de la NANDA.

#### **4.11.5. Hoja de administración y eliminación de líquidos**

Esta debe ser elaborada y registrada por el personal auxiliar de enfermería y supervisada por una licenciada en enfermería, esta hoja debe llevar datos generales del cliente, hora, firma y sello de quién lo registra.

#### **4.12. IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Los registros de enfermería son un requisito fundamental para el profesional de enfermería, durante la jornada laboral, porque se considera como una obligación administrativa. No debemos olvidar que el profesional de enfermería asume responsabilidad de las funciones que realiza dentro su jornada laboral.

Los registros de enfermería son anotaciones que realiza el personal de enfermería donde registra el estado de salud del cliente, mediante el empleo del método científico en la práctica asistencial, como es el Proceso Atención de Enfermería (P.E.A.) con el que brindamos cuidados sistematizados, lógicos y coherentes. Porque nos permite elaborar un plan de cuidados individualizados que considera al cliente familia y comunidad en forma holística.

Cuando hablamos de Proceso Atención de Enfermería hablamos de un conjunto de acciones que realiza el profesional de enfermería respaldado de teorías y modelos de enfermería que nos indican orden.

Los registros de enfermería se deben elaborar siempre en base al Proceso Atención de Enfermería porque nos permite lograr mejorar la calidad en el desempeño de nuestras funciones. Cuando hablamos de calidad de los registros de enfermería nos referimos a una fase importante, para ofrecer servicios de calidad, la enfermera debe poseer conocimientos científicos actualizados, debe ser competente, debe saber realizar los procedimientos con fundamentos científicos y con precisión.

Porque es aquí donde se ejecuta el diseño metodológico de los registros de enfermería con: la valoración, diagnóstico de enfermería, planeamiento, la ejecución, la evaluación y finalmente todo esto debe estar registrado en las hojas de enfermería.

#### **4.13. TIPOS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA**

En la actualidad en nuestro medio se tiene dos tipos de registro o de enfermería estos son:

##### **4.13.1. Registros narrativos**

Es la tradicional, registra tiempos concretos, la anotación depende del estado del cliente.

##### **4.13.2. Registros computarizados**

Estos se realizan a través del sistema informático. En la actualidad algunos centros hospitalarios en Bolivia, emplean estén sistema de registro. Porque reduce los tiempos de escritura para el personal de enfermería además brindan seguridad en el registro.

A la vez también tienen desventajas estos sistemas debido a “La excesiva confianza en la necesidad rigurosa de verificar los datos automáticamente registrados. Estos pueden ser erróneos por ejemplo si en el momento cuando se desprende un electrodo se registraría un paro cardíaco (28)

#### **4.14. UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA:**

A través de los registros de enfermería nos comunicamos con todo el equipo de salud. Con la información que enfermería registra respecto a la salud del cliente, es uno de los insumos que permite a otros profesionales tomar decisiones durante el transcurso de la internación: cambio de dietas, estudios específicos, cambios en el tratamiento y altas.

Sirve al resto del equipo de salud, para tomar decisiones respecto al estado de salud del cliente porque el personal de enfermería es el único profesional que brinda el cuidado a los clientes las 24 hrs. continuas y los 365 días del año. A la institución le sirve también para el control económico, porque toda asistencia al cliente genera gastos económicos.

A los profesionales en salud, les sirve para realizar estudios de investigación como también para evaluar la asistencia que brinda el profesional de enfermería al cliente.

Sirve como base del sistema información y determinar el estado de salud de los asegurados, con los registros podremos conocer la utilización de recursos humanos y tecnológicos y evaluar la calidad de los servicios y acciones de salud.

#### **4.15. POR QUE REGISTRAR**

Determinemos registrar por responsabilidad moral, responsabilidad jurídica, porque es el único documento que respalda que nuestras intervenciones fueron las adecuadas.

Se debe registrar por que los datos que contenga el expediente clínico pueden servir de base para una investigación. También se debe registrar por gestión. Para la Administración de los servicios de enfermería “Una atención de enfermería que no se documenta es una desventaja que impide conocer las causas de las desviaciones y por lo mismo, no se puede programar la mejora” (29)

#### **4 .16. NORMAS PARA LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Para entender mejor se define como norma a: Un documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del Área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas líneas y directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden en un contexto dado.

Para la Organización Internacional para la Estandarización (I.S.O.) Norma es un conjunto ordenado y específico de reglas y estándares de gestión de la calidad, reconocidos y respetados internacionalmente, aplicables a toda la organización, independientemente de su tamaño y naturaleza. Es un conjunto de reglas o de estándares de procesos y no de productos. (30).

#### **4.17. NORMAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN BASE AL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Los registros de enfermería se deben realizar en base al Proceso Atención De Enfermería. Además, se debe considerar lo siguiente:

- **Objetivas** Lo que el profesional ve, oye, siente y huele.
- No usar, bueno, adecuado, regular o malo; porque difiere la interpretación de persona a persona.
- Debe ser subjetiva; obtenida del interrogatorio.
- Debe ser fiable; es decir información exacta.
- No usar abreviaturas o símbolos dentro de los que están permitidos en salud.
- Usar ortografía correcta y letra legible; la ortografía correcta y la letra legible da exactitud al documento.
- Debe terminar el registró con la firma y sello, así como también con el registro profesional
- Debe ser actualizada corresponder al turno del día registrado.
- Debe ser confidencial, la información no debe ser revelada a otros clientes.
- Anotar con tinta azul para el turno de la mañana, tinta negra para la tarde, tinta roja para la noche.
- No usar borrador, líquido corrector u otra forma de borrar, porque es observado legalmente. Se debe tachar o poner en paréntesis no válido y firmar al costado en el caso de equivocación.
- No dejar espacio entre un registro y otro.

#### **4.18. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION (JCAHO)**

El objetivo de esta comisión es, evaluar la calidad y la seguridad de la atención de salud.

##### **4.18.1. Evaluar en los centros prestadores de servicios de salud**

Su habilidad para garantizar un mejoramiento continuo de la calidad en todos los aspectos relacionados con el cuidado del cliente.

##### **4.18.2. Formular recomendaciones explícitas**

Respecto a las prácticas de orden clínico

#### **4.18.3. Involucrar a los profesionales de todos los estamentos**

En la iniciativa de la calidad.

#### **4.18.4. Proporcionar un reconocimiento externo de la calidad**

De los servicios de las organizaciones de salud.

#### **4.18.5. Ser un agente clave en el mejoramiento continuo de la calidad**

### **4.19. NORMA QUE LA JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (J.C.A.H.O.) ESTABLECE PARA LA DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA:**

La Joint Commission on Accreditation Of Healthcera Organizations. Establece la siguiente documentación específica para Enfermería (31)

- Los clientes recibirán cuidados de enfermería basados en la valoración.
- La valoración del cliente incluye la consideración de factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos.
- Los cuidados de enfermería del cliente se basan en diagnósticos de enfermería identificados por la North American Nursig Diagnosis Assosiation (N.A.N.D.A.)
- Durante la estancia del cliente el mismo y las personas más allegadas recibirán educación.
- La historia clínica del cliente incluirá documentación, valoración inicial y revaloraciones de los diagnósticos reales y potenciales así mismo la planificación que incluye las intervenciones y los resultados esperados

### **4.20. TEORIA QUE SUSTENTA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

La teoría de Virginia Henderson, recoge datos según las 14 necesidades básicas de Maslow como ser respirar, ingerir, eliminar, movimiento, comunicación, reposo sueño, higiene y establece la necesidad de elaborar un plan de cuidados de enfermería por

escrito de manera individualizada. Argumenta que las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero debe utilizar el plan de cuidados.

#### **4.21. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)**

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera profesional, este método permite al profesional de enfermería, valorar al ser humano de manera holística de tal forma que la valoración le sirva para identificar problemas de salud y prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática dirigidos a satisfacer las necesidades de salud.

Al hablar del método científico que caracteriza a la ciencia tiene tres elementos importantes que son aplicables a enfermería, que son:

El contenido, el campo de actuación y los procedimientos, el cual hace uso el Proceso Atención de Enfermería, al contar con los tres elementos que caracteriza la ciencia, justifica su intervención en la realidad. (32)

El objetivo principal del Proceso Atención de Enfermería es construir una estructura que pueda cubrir individualizando las necesidades del patientcliente.

Las etapas del Proceso Atención de Enfermería son cinco:

##### **4.21.1. Valoración**

Consiste en la recolección y organización de datos de la persona, familia y entorno es la base para la toma de decisiones y actuaciones de enfermería. Estos datos pueden ser de dos tipos: Dato subjetivo que proviene de un interrogatorio, que puede ser al cliente o a la familia. El dato objetivo lo lograremos mediante la observación y el registro respectivo en este caso realizaremos el examen físico céfalo caudal.

Subjetivo – Interrogatorio; Observación –Examen físico céfalo caudal

Datos Objetivos y subjetivos según Modelo de clasificación por Dominios:

- ✓ Dominio 1: Promoción de la salud.
- ✓ Dominio 2: Nutrición.

- ✓ Dominio 3: Eliminación.
- ✓ Dominio 4: Actividad /reposo.
- ✓ Dominio 5: Percepción / cognición.
- ✓ Dominio 6: Auto percepción.
- ✓ Dominio 7: Rol / relaciones.
- ✓ Dominio 8: Sexualidad.
- ✓ Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.
- ✓ Dominio 10: Principios vitales.
- ✓ Dominio 11: Seguridad / protección.
- ✓ Dominio 12: Confort.
- ✓ Dominio 13: Crecimiento.

#### **4.21.2. Diagnóstico de Enfermería**

Es el juicio clínico que se produce como resultado de la valoración de una persona familia o comunidad a los problemas de salud real o potencial o a procesos vitales proporcionando la base para la selección de las intervenciones de enfermería para lograr los resultados de la cual ella es responsable. NANDA.

Problema real o potencial – factor relacionado

Los diagnóstico de enfermería se basan en las respuestas humanas que desarrollan el campo de decisión y acción independiente de enfermería.

La importancia de los diagnósticos de enfermería radica en:

- Guía la planificación de las intervenciones.
- Facilitan la atención individualizada de enfermería.
- Favorecen los cuidados de calidad de enfermería.
- Facilitan la continuidad de los cuidados de enfermería.
- Permite establecer un método de comunicación común en la profesión.
- Permite desarrollar estándares y guías de cuidado.
- Fortalece la base científica de la profesión.

Se tiene los siguientes tipos de diagnósticos de enfermería:



- Diagnóstico real es un juicio clínico en respuesta individual o familiar ante problemas reales de salud consta de tres partes: problema, etiología, signos y síntomas.
- Diagnóstico potencial o de riesgo, consta de dos componentes problema y la etiología.

Las directrices para escribir un diagnóstico de enfermería son:

- Escribir en términos que se refieren a las respuestas humanas.
- Utilizar relacionado con.
- Escribir sin emitir juicios de valor, ni debe incluir el diagnóstico médico.

### TIPO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA REAL POTENCIAL	FACTOR RELACIONADO DETERMINANTE CONDICIONANTE			DIAGNÓSTICO
Se encuentra presente.	Es un problema que se puede presentar y es vulnerable.	Es la causa directa del problema.	Es la causa indirecta del problema, se asocia casi siempre con el problema real.	Juicio clínico sobre las respuestas de la persona familia y comunidad. Mundialmente conocidas.

#### a) Importancia de los diagnósticos de enfermería

El diagnóstico de enfermería es un estándar con el que se mide la actuación profesional de enfermería. Favorecen un cuidado de calidad.

#### 4.21.3 Planificación

En esta etapa se desarrollan estrategias para prevenir minimizar o corregir los problemas. Consiste también en fijar la prioridad de las intervenciones es decir el orden

y la secuencia de los cuidados, programando el tiempo para alcanzar el resultado esperado o de lo contrario el fracaso de las intervenciones de enfermería.

Esta etapa consiste en programar las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC).

#### **4.21.4. Ejecución**

Es la ejecución de los cuidados de enfermería, de acuerdo a lo planificado la enfermera deberá ir realizando el procedimiento.

#### **4.21.5. Evaluación**

Esta fase determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

### **4.22. REGISTROS DE ENFERMERÍA EN BASE AL SOAPIE**

<b>S</b>	Son los datos subjetivos, se obtiene de la entrevista.
<b>O</b>	Datos objetivos, se obtiene de la observación (examen físico céfalo- caudal).
<b>A</b>	Es el análisis o diagnóstico, puede ser real o potencial.
<b>P</b>	Planificación, se registra el objetivo de la planificación
<b>I</b>	Significa intervención, se registra la acción.
<b>E</b>	Evaluación o resultado esperado se registra en presente, concluye con la firma, del colegio y sello de la enfermera que atendió al cliente.

### **4.23. VENTAJAS DEL P.A.E.**

#### **4.23.1. Ventajas del Proceso Atención de Enfermería**

Las ventajas del Proceso Atención de Enfermería definen el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad.

#### **4.23.2. Limitaciones del Proceso Atención de Enfermería**

Las limitaciones del Proceso Atención de Enfermería son el escaso dominio de la taxonomía, el déficit de personal, escasa investigación en enfermería, sobre carga de trabajo, falta de incentivo profesional.

#### **4.24. ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

En 1863 la precursora en enfermería Florence Nigthingale, da inicio a la sala de recuperación, haciendo mención sobre las características que debe cumplir la Unidad de Recuperación, entre estas características podemos hacer mención lo siguiente: Debe encontrarse al lado de quirófano, con el objetivo de que el cliente post operado sea trasladado inmediatamente a ese ambiente y se recupere de la anestesia mediante cuidados que enfermería debe proporcionar.

#### **4.25. LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

En la Unidad de Cuidados Post Anestésicos la relación entre Anestesiólogo y enfermera debe ser muy estrecha porque el Anestesiólogo debe realizar la entrega del cliente a la enfermera de recuperación, donde ella realizará cuidados para recuperar de la anestesia al cliente. Para iniciar tal efecto es necesario hacer una revisión inmediata de la hoja de anestesia en ella podremos encontrar todo lo relacionado a lo sucedido durante el acto quirúrgico, como ser el tipo de cirugía que se realizó, anestésico que se utilizó, todo este dato nos servirá para brindar atención de enfermería.

#### **4.26. QUE ES LA ANESTESIA**

La anestesia deriva del vocablo griego “a aisthesis” siendo la definición de la privación total o parcial de la sensibilidad producida por causas patológicas con finalidad médica. Es un estado que comprende narcosis, analgesia, relajación y pérdida de reflejos por un determinado tiempo.

#### **4.27. TIPOS DE ANESTESIA**

Se tiene tres tipos de anestesia que son:

#### **4.27.1. Anestesia general**

El cliente queda plenamente inconsciente durante la intervención y no conserva ningún recuerdo de la misma. En la cirugía ocular este tipo de anestesia es una ventaja dado que para el oftalmólogo es más sencillo controlar la presión intraocular, y evitar muchas complicaciones que se producen como consecuencia de una variación relevante de esta presión. (33)

#### **4.27.2. Anestesia regional:**

El fármaco se inyecta en la zona. Se consigue una parálisis de los músculos extrínsecos del ojo, sin embargo, en ocasiones no es suficiente para garantizar la ausencia de problemas en la intervención. El ojo conserva aún cierta movilidad por lo que si necesitamos que permanezca completamente inmóvil deberemos combinarla con alguna otra técnica. Hay varios tipos de anestesia regional: retrobulbar, peribular o subtenoniana.(34)

#### **4.27.3. Anestesia tópica:**

Consiste en la aplicación de una solución, gel o ungüento sobre la zona a intervenir. Cada vez es más habitual el uso de esta anestesia para las intervenciones de cataratas. Se trata de operaciones cortas tras las cuales el paciente puede volver a casa de inmediato. Con este tipo de anestesia hay menos riesgos que con las anteriores y el paciente recupera la visión mucho más rápido, si bien es cierto, no todos los pacientes son aptos para este tipo de anestesia (35)

### **4.28. ASPECTOS FÍSICOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

La Unidad de Cuidados Post Anestésicos debe estar situada junto a quirófanos, como fue propuesto por Florence Nigthingale, donde deben ser trasladados todos los clientes que fueron intervenidos quirúrgicamente y que recibieron algún tipo de anestesia.

El aspecto físico del ambiente debe ser: De color suave y placentero, iluminación indirecta, temperatura ambiente, porque la pérdida de calor corporal es común en todos los clientes durante la anestesia general, porque los anestésicos alteran el

centro de termo regulación del hipotálamo, inhiben los temblores y producen vasodilatación periférica, durante la recuperación de la anestesia la inhibición desaparece y los temblores comienzan cuando la temperatura está por debajo del umbral de la regulación térmica, reloj con segundero, camillas con barandas para la seguridad del cliente.

Equipos adecuados para brindar atención inmediata y oportuna como ser oxígeno central, máscara y cánulas para la administración de oxígeno, monitor cardiaco con desfibrilador, electrodos, laringoscopio con diferentes números de hojas, caja de paro cardiorrespiratorio con medicamentos específicos, medicamentos esenciales de emergencia, tubos de Ge del de diferentes tamaños, tensiómetro, fonendoscopio, termómetros, sonda foley, máquina de aspiración con su respectiva sonda de aspiración, jeringas de diferentes calibres, agujas hipodérmicas, bránulas, gasas estériles, guantes descartables, guantes de látex estéril, soluciones antisépticas, soluciones cristaloides, pato, chatas y material de escritorio.

#### **4.29. RECURSOS HUMANOS PARA LA UNIDAD CUIDADOS POST ANESTESICOS.**

Recursos Humanos necesarios para la Unidad de Cuidados Post Anestésicos en relación al personal de salud, debe existir personal médico anesthesiólogo y de Enfermería capacitados en brindar asistencia inmediata al cliente que se recupera de la anestesia.

#### **4.30. OBJETIVO DEL TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

El objetivo del tratamiento de enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos es cuidar al cliente hasta que se recupere de los efectos de la anestesia se reanuden las funciones motoras y sensitivas, los signos vitales se encuentren dentro de valores normales y que no exista evidencia de hemorragias y otra complicación. (36)

#### **4.31. VALORACIÓN INICIAL DE LA ENFERMERA EN LA RECEPCIÓN DEL CLIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICO**

La enfermera que recibe al cliente en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos debe verificar con el anesthesiólogo lo siguiente:

- Diagnóstico médico y tipo de operación a la que fue sometido
- Edad del paciente.
- Permeabilidad de las vías respiratorias.
- Signos vitales.
- Problemas surgidos durante la cirugía que puedan repercutir en la recuperación de la anestesia
- Volúmenes de líquidos administrados.
- La presencia de drenajes, catéteres sondas y otros dispositivos.
- Verifica sitio de la incisión.
- Verificar el sitio de la venoclisis.
- Valoración de escala de recuperación de la anestesia.
- Proceso patológico identificado.

#### **4.32. FASES DE LA ATENCIÓN POST ANESTÉSICA**

##### **4.32.1. Fase I Post operatorio inmediato**

Consiste desde la conclusión de la cirugía hasta las 24 horas y requiere cuidados intensivos de enfermería en las 1ras. Horas, hasta que se recuperen los signos vitales a valores normales y se restablecen los reflejos.

##### **4.32.2. Fase II – Post operatorio mediato**

Esta fase consiste cuando pasada las 24 horas de la cirugía y se prepara al individuo para ser dado de alta a su hogar. (37)

#### **4.33. ESTANDARES DE LA A.S.A. (AMERICAM SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) EN LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS DESDE 1988.**

Los estándares de la Americam Society Of Anesthesiologist son:

- Todo cliente anestesiado debe pasar por una unidad de recuperación.
- Debe ser transferido por un anesthesiólogo.
- Entregado a la enfermera de recuperación.
- Controlada y documentada su estancia.
- Supervisada por un médico responsable que conozca y trate las complicaciones post anestésicas.
- El alta es responsabilidad del médico anesthesiólogo.
- Los protocolos de alta deben ser realizados por el departamento de anesthesiología.

#### **4.34. IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS DIFERENTES ESCALAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS (U.C.P.A.)**

El personal de enfermería que realizará su trabajo en la Unidad de Cuidados Post Anestésico, debe conocer las diferentes escalas para valorar al cliente y de acuerdo al tipo de anestesia que recibió el cliente. Para prevenir de las posibles complicaciones que pudieran surgir en el post operatorio inmediato detectarlas a tiempo.

La utilización de las diferentes escalas permitirá al personal de enfermería valorar al cliente constantemente en la actividad motora, control en la función respiratoria, función circulatoria, valorar el nivel de conciencia y la saturación de oxígeno periférico.

#### **4.35. FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

##### **4.35.1. Valoración de la función respiratoria**

Esta se inicia con la verificación de la permeabilidad de las vías respiratorias, con el objetivo de conservar la ventilación pulmonar y la administración de oxígeno, para

prevenir la hipoxia, como también identificar problemas con obstrucción de vías respiratorias, respiración rápida, cianosis en labios, encías, lechos ungueales.

Aspiración de secreción vía oral en caso de requerimiento del cliente.

#### **4.35.2. Importancia del control de la saturación de oxígeno periférico**

El control de SPO<sub>2</sub> es una técnica no invasiva que se utiliza para medir la saturación de Oxígeno arterial de la hemoglobina funcional a través de un sensor. El cual nos permite identificar si el cliente se encuentra en una hipoxia y corre múltiples riesgos de la vitalidad en órganos y sistemas. (38)

#### **4.35.3. Valoración de la función cardiovascular**

Esta función permite valorar al cliente desde el punto de vista cardiológico, es importante interpretar la actividad cardíaca mediante el electrocardiograma.

El control de signos vitales que consiste en presión arterial, pulso, temperatura corporal, color de la piel y gasto urinario.

El control de signos vitales se debe realizar cada 15 minutos, durante 2 horas y posteriormente dependiendo del estado del cliente se controlará cada media hora. Durante las dos horas próximas y luego se controlará cada 4 horas hasta la estabilización de los mismos.

Valorar la permeabilidad de todas las líneas intravenosas.

Identificar complicaciones cardiovasculares como ser hipotensión, choque Hemorrágico.

La hipertensión en el post operatorio inmediato se debe a la estimulación del sistema nervioso simpático por el dolor.

Las disritmias se relacionan con el desequilibrio electrolítico, dolor, estrés. Observando en la piel palidez, palpando la humedad y piel fría.



#### **4.35.4. Valoración del sistema nervioso central**

Estado de conciencia del cliente mediante la escala de Glasgow.

### **4.36. COMPLICACIONES DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO**

#### **4.36.1. Riesgo cardiovascular**

Podemos hacer mención: El paro cardíaco y la fibrilación ventricular en ambos casos el corazón no impulsa sangre ausencia de pulso no hay ruidos cardíacos, no hay presión arterial, ausencia de reflejos, midriasis, apnea.

#### **4.36.2. Náuseas y vómitos**

Al menor signo de náuseas estas deben ser controladas y colocar al cliente de lado para evitar la aspiración del vómito.

#### **4.36.3. Dolor**

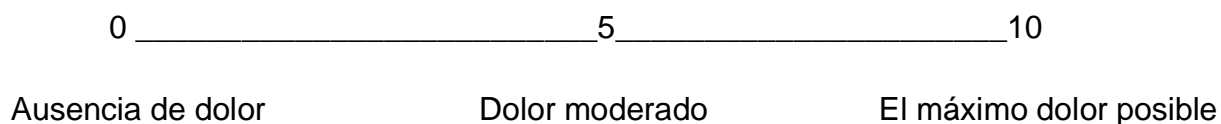
El dolor en el periodo del post operatorio inmediato, es considerado como dolor agudo. Presentando respuesta fisiológica las cuales pueden causar disfunciones pulmonares, cardiovasculares, urinarias, metabólicas y neuroendocrinas, causando estimulación simpática por consiguiente se tendrá taquicardia, aumento del volumen sistólico incremento de los impulsos cardíacos y mayor consumo de oxígeno.

Es importante mencionar que algunas complicaciones quirúrgicas también se deben a la edad del cliente, dolor seguido de náuseas y vómitos. (39)

#### **4.36.4. Instrumentos de medición del dolor**

Los instrumentos dimensionales de medición del dolor intervienen la valoración y un conjunto de fenómenos biopsicosociales de importancia, se considera como instrumentos a: Dimensión Fisiológica, Dimensión Social, Dimensión Afectiva, Dimensión Cognitiva. (40)

a.- Escala visual análoga - EVA 0 al 10



b.- Escala del dolor descriptiva

0	Ausencia de dolor
1-3	Dolor Leve
4-7	Dolor Moderado
8-10	Dolor intenso

#### **4.37. CRITERIOS PARA EL ALTA DEL CLIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS - ANESTESIA GENERAL**

El cliente debe permanecer en la Unidad de Cuidados Post Anestésico, hasta que se haya recuperado por completo de los efectos de los agentes anestésicos y los signos vitales se encuentren estables o dentro de parámetros normales y la saturación de oxígeno sea la adecuada. El volumen urinario sea 30 ml/hora, náuseas y vómitos ausentes, dolor mínimo.

Tomando en cuenta la observación y calificación de signos dependientes de la acción del anestésico sobre el sistema nervioso central, se debe calificar la Escala de Alderete.

#### **4.38. ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA**

Es utilizada para fijar los criterios de salida de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos a la sala de hospitalización en clientes que recibieron anestesia general. Es una escala validada y adoptada por la Joint Comision of Accreditation of HealthCare Organizations. (41)

Puntuación para el alta del cliente a partir de 9 puntos.

Las ventajas de esta escala son:

- Identifica acontecimientos que pueden presentarse al despertar de la anestesia.
- Su utilización disminuye la estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

### ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA

CATEGORIA	ITEMS	PUNTOS
Actividad Motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes.	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontanea o a órdenes..	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada.	1
	Sin respuesta.	0
Circulación	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor pre anestésico.	2
	Presión arterial = al 50% del valor pre anestésico.	1
Conciencia	Plenamente despierto	0
	Responde cuando se le llama	2
	Sin respuesta.	1
Saturación O2	Capaz de mantener SPO2 92% al aire ambiente.	0
	Necesidad de O2 Para mantener Saturación de O2 90%.	2
	SPO2 90% con O2 suplementario.	1

Es importante registrar la hora en que se realizó la valoración.

#### 4.38.1 INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE ALDRETE

<b>RECUPERADO</b>	10 PUNTOS
<b>EFFECTOS RESIDUALES</b>	9 PUNTOS
<b>PERSISTEN EFECTOS ANESTÉSICOS</b>	8 PUNTOS

#### 4.39. CRITERIOS PARA EL ALTA DEL CLIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS - ANESTESIA CONDUCTIVA.

Se debe utilizar la escala de BROMAGE con la cual evaluamos la actividad motora del cliente después de la anestesia conductiva, el cliente puede ser dado de alta de la UCPA con una puntuación de IV. Esta escala mide también la intensidad del bloqueo espinal.

#### ESCALA DE BROMAGE

<b>BLOQUEO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>NIVEL</b>
Bloqueo Nulo 0%	Flexión completa de las rodillas y pies es posible.	IV
Bloqueo Parcial 33 %	Flexión de rodillas es posible con dificultad, flexión de pies es posible.	III
Bloqueo casi completo 66%	Incapacidad para la flexión de las rodillas aún es posible flexión de pies.	II
Bloqueo completo 100%	Incapacidad para mover piernas y pies	I

#### **4.40. CRITERIOS PARA EL ALTA DEL CLIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS – SEDACIÓN**

Esta escala nos permite valorar el grado de sedación del cliente a continuación detallamos la escala de Ramsay.

##### **ESCALA DE RAMSAY (SEDACIÓN)**

<b>NIVEL</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>NIVEL 1</b>	Cliente agitado, ansioso o inquieto
<b>NIVEL 2</b>	Cliente cooperador, orientado y tranquilo
<b>NIVEL 3</b>	Dormido con respuesta a órdenes.
<b>NIVEL 4</b>	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
<b>NIVEL 5</b>	Dormido con respuestas sólo al dolor.
<b>NIVEL 6</b>	No tiene respuestas.

#### **4.41. RESPONSABILIDAD DEL ALTA DEL CLIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**

Es responsabilidad del anestesiólogo previa valoración e indicar en la hoja de indicaciones médicas el alta del cliente a su pieza.

#### **4.42. TRASLADO Y RECEPCIÓN DEL CLIENTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

La enfermera de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos, debe comunicar a la enfermera de salas, que el cliente será trasladado a su pieza respectiva y comunicar todos los aspectos relacionados al cliente para que se pueda prever de algún equipo necesario.

Debe ser trasladado por el personal de enfermería en constante observación durante el traslado a la pieza.

Por lo tanto, debe existir en la unidad del cliente preparado la cama de anestesia, trípode, riñonera, bolsas de agua caliente, papel higiénico, balón de oxígeno con su respectiva máscara de oxígeno.

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El registro clínico de Enfermería representa entonces un proceso de documentación que estructura y hace visible lo que el profesional de Enfermería, como parte de un equipo de salud y por la interacción continua, realiza el beneficio directo del cliente.

La ausencia del registro de los cuidados que se brindan a un cliente puede entenderse como una falta legal, ética y profesional que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones, como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Es por esta razón que surge la inquietud de determinar si los registros de enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos cumplen con las normativas de calidad.

A través de la observación que se llevara a cabo en la Unidad de Cuidados Post Anestésico del Instituto Nacional de Oftalmología, se pudo verificar que el registro en las hojas de enfermería de los clientes post operados inmediatos, se encuentra incompletos.

Con el presente trabajo se pretende contribuir en el cumplimiento de nuestra misión institucional como es el de: Recuperar, mantener y mejorar el estado de salud del cliente, mediante la provisión de servicios médicos quirúrgicos de primer, segundo y tercer nivel, bajo estándares óptimos de calidad que se hallan normados por el Código de Seguridad Social y sus reglamentos.

## **VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál será la calidad de los Registros de la hoja de Enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional De Oftalmología en la gestión 2017-2018?



## **VII. OBJETIVOS.**

### **A. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la calidad de los Registros de la hoja de Enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional De Oftalmología en la gestión 2017-2018.

### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar errores en el Registro de Enfermería de clientes post operados inmediatos según la aplicación de escalas de valoración post anestésicos.
- Evaluar la calidad de registro de Enfermería en base al Proceso Enfermero de los clientes internados en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Implementar un Registro de Enfermería bajo estándares de calidad para el proceso de Recuperación de la Anestesia en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

## VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

### 8.1. AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el servicio de Recuperación del Instituto Nacional de Oftalmología de la ciudad de La Paz gestión 2017 -2018.

El Instituto Nacional de Oftalmología, es un hospital especializado sin fines de lucro, destinada a pacientes con problemas visuales. Fue construido gracias a donaciones internacionales especialmente de España y residentes bolivianos en ese país, el percusor de esta obra fue el Dr. Javier Pescador, hombre dinámico y entusiasta que no descansó hasta ver su anhelo hecho realidad y entregar el fruto de su trabajo el 10 de agosto 1975. Para su inauguración con el nombre de "Instituto Nacional de Oftalmología". Actualmente cuenta con una infraestructura física de 3 pisos.

El INO cuenta con los siguientes servicios: Internación, Quirófano, Exámenes Complementarios y Consulta Externa. De estos servicios, el servicio de quirófano tiene cinco unidades de quirófano, un servicio de recuperación y un servicio de esterilización.

El personal de enfermería que trabaja en el servicio de recuperación es por turnos de lunes a viernes, está compuesto por la mañana de 8:00 a 14:00, una licenciada y una auxiliar de enfermería y el turno de la tarde de 14:00 a 20:00 solo por una licenciada.

**Misión.** Brindar atención Oftalmológica de alta calidad, oportuna y de bajo costo, englobando los tres niveles de atención y destina especialmente a la población de escasos recursos económicos, con personal motivado y comprometido para promover, mejorar y rehabilitar la salud visual en la población.

**Visión.** Un hospital integrado a la comunidad capaz de atender y resolver toda la problemática Oftalmológica. Líder en la formulación de política de salud ocular nacional. Promotor de la Medicina Preventiva.

## **8.2. TIPO DE ESTUDIO**

Para el presente estudio de investigación se tomará a las variables Cuantitativa, Retrospectivo y de corte transversal.

**Cuantitativa:** Porque se fundamenta en los aspectos cuantificables y medibles.

**Retrospectivo:** Porque nos permitirá registrar los datos e información estadística de clientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica y que posteriormente fueron trasladados y atendidos en la Unidad de Cuidados Post Operatorio.

**Corte Transversal:** Implican la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

## **8.3. UNIVERSO Y MUESTRA**

### **8.3.1 UNIVERSO**

El universo está compuesto 1278 expedientes clínicos donde se encuentran incluidos las hojas de enfermería y el respectivo registro realizados por el personal de enfermería, clientes adultos post operados inmediatos atendidos en la U.C. P.A., del Instituto Nacional de Oftalmología durante la gestión 2017- 2018.

### **8.3.2 MUESTRA**

No probabilístico por convención debido a que se trabajó con el total de historias clínicas, cuyos registros se encuentran en las hojas de enfermería realizados por el personal de enfermería de clientes adultos, post operados inmediatos atendidos en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos, del Instituto Nacional de Oftalmología, durante la gestión 2017- 2018, no será necesario realizar el cálculo de tamaño de muestra, ni ninguna técnica de muestreo.

## **8.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias Clínicas de clientes post operados que recibieron algún tipo de anestesia.

- Hojas de enfermería de clientes mayores de 18 años, en el post operatorio inmediato desde la gestión 2017- 2018.
- Hoja de control de signos vitales en la U.C.P.A. de la gestión 2017-2018.
- Clientes sometidos a cirugías mayores.

#### **8.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Clientes que no fueron intervenidos quirúrgicamente.
- Clientes pediátricos.
- Clientes sometidos a cirugía menores.
- Hojas de registro de enfermería que no corresponden a la U.C.P.A.

### **8.5 ESTADO DE VARIABLES**

#### **8.5.1 Variables Dependientes**

##### **a. Definición Conceptual de Variables**

##### **1.-Calidad de Registro de Enfermería.**

Es el registro que recoge la información suficiente, con claridad, exactitud, confiabilidad como para permitir que otra enfermera asuma sin dificultad el cuidado del cliente.

Se midió a través del cumplimiento de las normas establecidas utilizando los principios de (JCAHO). El análisis realizado fue a través de la observación.

##### **2.- Conocimientos sobre las Normas del llenado del Registro de Enfermería.**

El llenado del registro de enfermería de una institución de salud, debe estar sujeto a normas porque este registro es un documento médico, administrativo y legal. Se refiere al nivel de aprendizaje de estas normas por parte de enfermería.

Se midió por las características del llenado del registro de enfermería que realizó el personal de enfermería del INO, comparando con las normas existentes.

## 8.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	INDICADOR	ESCALA
Calidad de registro de enfermería.	Registro que recoge la información suficiente con claridad y exactitud, confiabilidad como para permitir que otra enfermera asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del cliente.	Cualitativa Nominal	Excelente  Bueno  Regular  Malo	Excelente = 0%  Bueno = 0%  Regular = 1,3%  Malo = 9,7%
Edad de los clientes atendidos en la U.C.P.A.	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa Nominal Cualitativa Nominal	Femenino  Masculino	Femenino = 50,8%  Masculino = 49,2%

<p>Tipo de anestesia que recibieron los clientes en la U.C.P.A.</p>	<p>Ausencia temporal de la sensibilidad de una parte del cuerpo.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>-General Narcosedación Y Tópica -Retrobulbar y Narcosedación -Peribulbar -Local</p>	<p>General = 11,5% Narcosedación Tópica = 40,8 % Retrobulbar y Narcosedación = 37,3% Peribulbar =2,3% Local = 8,1%</p>
<p>La valoración inicial del cliente en el registro de la U.C.P.A</p>	<p>Persigue determinar el logro de los objetivos propuestos.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>-Nivel de consciencia y Función respiratoria -Función respiratoria -Nivel de consciencia -Nivel de consciencia, respuesta a los estímulos y función respiratoria</p>	<p>Nivel de consciencia y función respiratoria=21% Función respiratoria =6,3% Nivel de consciencia =14% Nivel de consciencia, respuesta a los estímulos y función Respiratoria =3%</p>

Control de signos vitales de los clientes en la U.C.P.A.	Son medidas de varias características fisiológicas humanas.	Cualitativa Nominal	- En el inicio -C/5 min. -C/15 min	En el inicio =8,1 % C/5 min. =84,1 % C/15 min.=7,8%
Alteraciones secundarias a la anestesia en la U.C.P.A.	Son signos y síntomas que presenta el cliente durante la recuperación.	Cualitativa Nominal	-Dolor -Náuseas y vómitos. -Hipertensión -Hipotermia -No registraron	Dolor = 9,9% Náuseas y Vómitos=3,1 No registraron=87%
Cuidados de Enfermería ante las alteraciones secundarias de la anestesia.	Está vinculada a la presentación, conservación, asistencial que se brinda a todo ser humano.	Cualitativa Ordinal	-Analgésicos -Antiheméticos -Comunicar al anestesiólogo -No registraron	Analgésico=6,2 % Antihemético=2,1% Comunicar al anestesiólogo=8,4% No registraron=83,3 %
Se registra la fecha	Tiempo, determinado por el día, el mes y el año en que se hace.	Cualitativa Nominal	Si No	Si registraron=46,2 % No registraron=53,8 %

Se registra la hora	Medida de tiempo que se determina para hacer una cosa.	Cualitativa Nominal	Si  No	Si registraron =40 %  No registraron =60 %
Registros de enfermería son claras y legibles	Es todo el acontecimiento o sucedido durante el turno deben ser realizados con letras claras y legibles.	Cualitativa Nominal	Si  No	Si tienen = 59 %  No tienen = 41 %
El registro lleva un orden cronológico.	Siguiendo los pasos en la valoración, tratamiento recibido y su evolución.	Cualitativa Nominal	Si  No	Si tiene = 1 %  No tiene = 99%
La nota está estandarizada por color de bolígrafo.	Las notas de enfermería se distinguen por el color del bolígrafo.	Cualitativa Nominal	Si  No	Si realizan = 87 %  No realizan =13 %



Los reportes de enfermería tienen nombre, firma y sello.	Cada registro de las notas de enfermería estará firmado por la enfermera que lo realiza.	Cualitativa Nominal	Si  No	Si tiene = 38 %  No tiene = 62 %
Que escala de valoración post anestésica se encuentra registrado para dar de alta al cliente.	Nos permite valorar el, grado de conciencia del cliente.	Cuantitativa Ordinal	-Aldrete  -Bromage  -Ramsay	Aldrete = 92 %  Bromage = 3%  Ramsay = 5 %
Los registros de enfermería son realizados en base al Proceso Enfermero.	Nos permite la aplicación del método científico en la práctica asistencial	Cuantitativa Nominal	-P.A.E.  -S.O.A.P.I.E.  -N.A.N.D.A.  -Clásico	P.A.E.= 0 %  S.O.A.P.I.E.= 0%  N.A.N.D.A.= 0%  Clásico = 100 %
Se encuentra registrado las condiciones de alta del cliente.	Nos permite valorar el estado hemodinámico del cliente.	Cuantitativa Nominal	Si  No	Si registraron = 27 %  No registraron= 73 %

## **8.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:**

### **8.7.1 Métodos**

#### **8.7.1.1 Instrumentos de Recolección de Datos**

##### **8.7. 1.1.1. Cuestionario**

La técnica para obtener la información fue la encuesta, con el objetivo de conocer los factores personales e institucionales asociados a los registros de la hoja de enfermería. El cuestionario estará diseñado con 3 ítems con preguntas cerradas y abiertas, con alternativa de múltiple opción.

##### **8.7.1.1.2. Validez y Confiabilidad**

Los instrumentos fueron sometidos para su validación de juicio de expertos, conformado por enfermeras docentes e investigadores de la universidad a fin de potenciar los instrumentos, tomando en cuenta las sugerencias respectivas para el mejoramiento de los instrumentos.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó de 8 historias clínicas del servicio de recuperación de clientes post operados inmediatos, para evaluar el llenado del cuestionario, la comprensión de las preguntas, detectar preguntas mal formuladas y otras deficiencias que pudiera tener el cuestionario. Estas fueron corregidas antes de su aplicación. Para elaborar el formulario de recolección de información, se tomó como referencia el Manual de Auditoria en Salud y Norma técnica emitida por el Ministerio de Salud y Deportes La Paz. Bolivia 2008. Norma de la J.C.A.H.O. para Enfermería.

#### **8.7.2. Procedimientos para la Recolección de la Información.**

Antes de dar inicio a la recolección fue necesario coordinar con la institución, específicamente con el departamento de Enseñanza e Investigación, a fin de brindar las facilidades necesarias para el manejo de los datos. Así también se realizó la coordinación con el (Dpto.) de enfermería.

Para la recogida de información se tomaron en cuenta dos aspectos:

**Primero**, se elaboró un instrumento de cuestionario para consignar las características de los registros en la hoja de enfermería, se revisaron las historias clínicas para hacer su análisis respectivo basado en Normas Internacionales.

**Segundo**, se diseñó un registro de enfermería bajo estándares de calidad en el proceso de Recuperación de la Anestesia para enfermería en el Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

### **8.7.3. Técnica de Análisis Estadístico.**

Para la ordenación y análisis de los datos recolectados se utilizaron los programas de EPINFO y EXEL con el que se realizó las gráficas y cuadros.

## **IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente investigación calidad de los registros en la hoja de enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos, cumplió con los aspectos éticos, solicitando autorización en forma escrita a Jefatura de Enfermería del I.N.O. (Anexo I) y Dirección Ejecutiva del I.N.O. como también la coordinación con el Servicio de Estadística, para el llenado del instrumento de recolección de datos.

Validación de los instrumentos de cuestionario por cuatro profesionales con experiencia en la temática.

## X. RESULTADOS:

### CUADRO N° 1

#### DISTRIBUCION DE DATOS SEGÚN EDAD Y SEXO UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.

EDAD DEL CLIENTE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%	N	%
18 – 35	80	12	70	11	157	12
36 – 55	93	14	111	18	214	17
56 – 75	333	51	347	55	665	52
76 – 95	143	22	99	16	242	19
TOTAL	649	100	627	100	1278	100

Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el cuadro N°1 de los clientes intervenido quirúrgicamente. El 12% corresponde a clientes de 18 a 35 años; de los cuales el 12% son masculinos y el 11% son femeninos. El 17% corresponde a clientes de 36 a 55 año; de los cuales el 14% son masculinos y el 18 % son femeninos. El 52% corresponde a clientes de 56 a 75 años de edad; de los cuales el 51% son masculinos y el 53% son femeninos. El 19% corresponde a clientes de 76 a 95 años; de los cuales son el 22% son masculinos y el 16% son femeninos.

**ANALISIS.** - Donde se puede evidenciar que el 52% corresponde a clientes asegurados (P.S.S.I.) intervenidos quirúrgicamente y el 12% son clientes intervenidos quirúrgicamente por traumas oculares y otras cirugías.

## CUADRO N° 2

### DATOS SEGÚN SEXO, DE CLIENTES ATENDIDOS UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018

SEXO	N°	%
MASCULINO	649	50,8
FEMENINO	629	49,2
TOTAL	1278	100

Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N°2. El 51% corresponde a clientes de sexo masculino y el 49 % corresponde a clientes de sexo femenino.

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar, los clientes que más ingresan a la U.C.P.A. son de sexo masculino.

### CUADRO Nº 3

#### DIAGNÓSTICOS POST OPERATORIOS DE CLIENTES ATENDIDOS UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.

DIGNOSTICO POST OPERATORIO	N	%
SIS+ LIO/FACO + LIO/VPP/ECC + LIO	823	64,4
DCR + TS/IVA/EVICERACION/SINTESIS HERIDA CORNEAL	333	26,1
BLEFAROPLASTIA/CAP/RECONSTRUCCION DE PARPADOS/QPP	122	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>1278</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el cuadro N°3. El 64,4% corresponde a clientes operados de SIS+LIO, FACO+LIO, V.P.P.,ECC+LIO. El 26,1% operado de D.C.R.+T.S., D.C.R.+TS, I.V.A., evisceración, síntesis de herida corneal. El 9,5% operado de blefaroplastia, C.A.P., reconstrucción de párpados Y Q.P.P.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el 64,4% son clientes de la tercera edad y asegurados.

## CUADRO Nº 4

### TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIERON LOS CLIENTES ATENDIDOS

#### UNIDAD DE CUIDADO POST ANESTÉSICOS

I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.

TIPOS DE ANETESIA	N	%
NARCOSEDACIÓN Y TÓPICA	521	40,8
RETROBULBAR/NARCOSEDACION	477	37,3
GENERAL	147	11,5
LOCAL	103	8,1
PERIBULBAR	30	2,3
TOTAL	1278	100,0

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro Nº 4, se observa que el 40,8% de los clientes, recibieron Anestesia Narcosedación y Tópica. El 37,3% recibieron Anestesia Retrobulbar + Narcosedación y Tópica. El 11,5% recibieron Anestesia General. El 8,1% recibieron Anestesia Tópica. y El 2,3% es Anestesia Peribulbar.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el 11,5% recibieron Anestesia General, siendo estos uno del factor determinante para el cliente y el personal de enfermería debido a la necesidad de brindar atención especializada y de mayor cuidado.



**CUADRO Nº 5**  
**REPORTE DE LA VALORACIÓN INICIAL DE CLIENTES ATENDIDOS**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.**

VALORACION INICIAL	N	%
FUNCIÓN RESPIRATORIA SpO2	801	63
NIVEL DE CONSCIENCIA/FUNCIÓN RESPIRATORIA SpO2	266	21
NIVEL DE CONSCIENCIA	175	14
NIVEL DE CONSCIENCIA/RESPUESTA A LOS ESTIMULOS/ FUNCIÓN RESPIRATORIA	36	3
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro Nº 5. Se puede evidenciar que el personal de enfermería realiza la valoración inicial de los signos vitales en un 63% registrando la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. El 21% registran nivel de conciencia, Función respiratoria y saturación de oxígeno. El 14% registran solo nivel de conciencia. El 3% registra el nivel de conciencia, respuesta a estímulos y función respiratoria.

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería registra con mayor frecuencia la función respiratoria y saturación de oxígeno, deja de lado el estado de conciencia y la respuesta a los estímulos.

## CUADRO N° 6

### REGISTRO DEL TIEMPO DE LOS SIGNOS VITALES DE CLIENTES UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018

TIEMPO DE SIGNOS VITALES	N	%
AL INICIO	103	8,1
CADA 5 MIN	1075	84,1
CADA 15 MIN	100	7,8
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -201

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N°6, se pudo observar que el personal de enfermería registra el tiempo de los signos vitales más C/5min. con un 84,1%, C/15 min un 7,8% y al inicio un 8,1%.

**ANÁLISIS** - Donde se pudo evidenciar que el personal de enfermería registra con mayor frecuencia el tiempo de los signos vitales cada 5 minutos.

**CUADRO Nº 7**  
**REGISTRO DE SIGNOS VITALES DE CLIENTES**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.**

CONTROL DE SIGNOS VITALES	N	%
P/A / PULSO/ RESPIRATORIO/ SPO2	1060	82,9
P/A / PULSO/ SPO2	103	8,1
PULSO/ SPO2	93	7,3
RESPIRATORIA	22	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>1278</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro Nº 7 se observar que registran más la presión arterial, pulso, respiración y saturación de oxígeno en un 82.9 %. El 8,1 % registran la presión arterial, pulso y saturación de oxígeno. El 7,3% registran pulso y saturación de oxígeno. El 1,7% registra respiración.

**ANÁLISIS.** - Donde se pudo evidenciar que el personal de enfermería registra los signos vitales con mayor frecuencia presión arterial, pulso, respiración y saturación de oxígeno. Lo que llama la atención es que el control de la temperatura corporal pasa inadvertido.

## CUADRO Nº 8

### REGISTRO DE LAS ALTERACIONES SECUNDARIAS A LA ANESTÉSIA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.

ALTERACIONES SECUNDARIAS	N	%
DOLOR	127	9,9
NAUSEAS Y VOMITOS	39	3,1
NO REGISTRARON	1112	87,0
TOTAL	1278	100

Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro Nº 8, se puede observar que en las historias clínicas el personal de Enfermería no registra las alteraciones secundarias a la anestesia que es un 87 %. Se encontró solo registrado el 9,9% donde el cliente refiere dolor y El 3,1 % donde el cliente refiere náuseas y vómitos.

**ANÁLISIS.** – Se pudo evidenciar que el personal de enfermería no registra las alteraciones secundarias a la anestesia.

**CUADRO N° 9**  
**REGISTRO DE CUIDADOS REALIZADOS ANTE LAS ALTERACIONES**  
**SECUNDARIOS POR LA ANESTESIA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O GESTIÓN 2017 – 2018**

CUIDADOS REALIZADOS EN LAS ALTERACIONES	N	%
COMUNICAR AL MEDICO ANESTESIOLOGICO	107	8,4
ADMINISTRACIÓN DE ANALGESICO	79	6,2
ADMINISTRACIÓN DE ANTIHEMETICOS	27	2,1
NO REGISTRARON	1065	83,3
<b>TOTAL</b>	<b>1278</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N°9, se puede observar que el personal de enfermería no registra los cuidados realizados el 83,3%. Comunican al anesthesiologo un 8,4%, administran analgésico un 6,2% y administran antieméticos un 2,1%.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería no realiza los cuidados ante las alteraciones secundarias a la anestesia.

## CUADRO N° 10

### REGISTRO DE LA FECHA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.NO. GESTIÓN 2017 – 2018.

REGISTRO DE FECHA	N	%
NO	687	53,8
SI	591	46,2
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** –En el cuadro N°10, se puede observar que el personal de enfermería registra la fecha un 46,2% y no registraron el 53,8%. que es un dato muy importante en el reporte de enfermería.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería no registra la fecha en los registros que es un dato muy importante de las actividades realizadas por enfermería, esto se puede deber al exceso de trabajo u olvido.

**CUADRO N° 11**  
**REGISTRO DE LA HORA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.NO. GESTIÓN 2017 – 2018**

REGISTRO DE LA HORA	N	%
SI	513	40
NO	765	60
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** –En el cuadro N°11 se puede observar que el personal de enfermería registra la hora en el reporte un 40% y no registraron la hora un 60%.

**ANÁLISIS.** – Donde se pudo evidenciar que el personal de enfermería no registra la hora en los reportes, que es un dato muy importante cuando realizamos los procedimientos.

## CUADRO N° 12

### REPORTE CON LETRAS CLARAS Y LEGIBLES DE ENF. UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O GESTIÓN 2017 - 2018

REPORTE CON LETRAS CLARAS Y LEGIBLES	N	%
SI	750	59
NO	528	41
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el cuadro N°12, se puede observar que el personal de enfermería realiza el reporte con letra clara y legible un 59% y las que no realizaron el reporte con letra clara y legible es un 41%.

**ANÁLISIS.** – Donde se pudo evidenciar que los personales de enfermería realizan los reportes con letras claras y legibles en mayor porcentaje, ya que esto es necesario en una auditoría médica.



**CUADRO N° 13**

**REGISTRO DE ENF. CON ORDEN CRONOLOGICO**

**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICO**

**I.N.O.2017 – 2018.**

ORDEN CRONOLOGICO EN LOS REPORTES	N	%
<b>SI</b>	17	1
<b>NO</b>	1261	99
<b>TOTAL</b>	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el cuadro N°13 se puede observar que el 99% los reportes de enfermería no tienen un orden cronológico y el 1% si realizan los reportes con un orden cronológico.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que los reportes de enfermería no llevan un orden cronológico, lo que esto es tan importante porque todo reporte debe llevar una valoración inicial, diagnóstico, planificación, tratamiento recibido y su evolución.

## CUADRO N° 14

### REGISTROS LLENADOS DE FORMA ESTANDARIZADA CON EL COLOR DE BOLÍGRAFO POR TURNO UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.

ESTANDARIZACION EN EL COLOR DE BOLÍGRAFO	N	%
SI	1114	87
NO	164	13
TOTAL	1278	100

Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el cuadro del N°14 se puede observar que el 87% los registros son elaborados con el color de bolígrafo establecido y un 13 % no cumple con lo estandarizado del color de bolígrafo.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que casi la mayor parte del personal de enfermería realiza los registros con el color de bolígrafo estandarizado según por turno.

**CUADRO N°15**

**REPORTES DE REGISTROS IDENTIFICADOS CON  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO  
UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS  
I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018**

IDENTIFICACION CORRECTA (NOMBRE, FIRMA Y SELLO)	N	%
<b>SI</b>	489	38
<b>NO</b>	789	62
<b>TOTAL</b>	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**IIINTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N°15 se puede observar que los reportes de enfermería no llevan sus nombres, sellos y firmas, del personal que lo realizo, en un 62 % y son identificados adecuadamente en un 38%.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que casi la mayor parte del personal de enfermería no identifica adecuadamente los registros con su nombre, sello y firma, que es un dato muy importante para identificar a la profesional que realizó dichas actividades, esto se puede deber al exceso de trabajo u olvido.

## CUADRO N° 16

### REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, CON ESCALA DE VALORACIÓN POST ANESTÉSICA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018

ESCALA DE VALORACION PARA DAR DE ALTA	N	%
ALDRETE	1174	92
BROMAGE	40	3
RAMSAY	64	5
ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA. 0 AL 10	0	0
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N° 16 se observa que el 92% registra la valoración de la escala de Aldrete. En el 3 % se encuentra registrada la escala de Bromage y El 5 % registró la escala de Ramsay.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería utiliza más la escala de Aldrete, para valorar la sedación en la hoja de la anestesia.

**CUADRO N° 17**  
**REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, EN BASE AL P.A.E**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.**

ELABORACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	N	%
P.A.E.	0	0
S.O.A.P.I.E.	0	0
N.A.N.D.A. (N.I.C. y N.O.C.)	0	0
CLASICO	1278	100
NINGUNO	0	0
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el cuadro N°17, se puede observar que el 100% del personal de enfermería realiza un reporte clásico. El 0% del P.A.E., El 0% del S.O.A.P.I.E., y El 0% del N.A.N.D.A.

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar que el 100 % de los reportes de enfermería no se aplica las herramientas científicas como el P.A.E., S.O.A.P.I.E., y N.A.N.D.A. que son elementos básicos dentro del Proceso de Atención de Enfermería.

**CUADRO N° 18**

**REGISTROS DE LAS CONDICIONES DEL TRASLADO  
DEL CLIENTE A SALAS  
UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS  
I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018**

REGISTRO DE TRASLADO DEL PACIENTE	N	%
SI	339	27
NO	939	73
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N° 18, se puede observar El 73% no registra las condiciones del traslado a otro servicio del cliente y El 27% si registran las condiciones del traslado del cliente.

**ANALISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería no registra las condiciones del cliente cuando se va de alta del servicio de recuperación, por lo que no cumple con las normas emitidas por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

## CUADRO N° 19

### CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017-2018.

CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA	N	%
EXCELENTE	0	0
BUENO	0	0
REGULAR	17	1,3
MALO	1261	98,7
TOTAL	1278	100

**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el cuadro N° 19 se puede observar que El 1,3% tiene una regular calidad en los registros de enfermería y un 98,7% no cumple con las normas establecidas.

**ANALISIS.** -Se pudo evidenciar que los reportes de enfermería de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del I.N.O. tienen una regular calidad en los registros de enfermería porque no cumple con las normas establecidas según JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (J.C.A.H.O.).

## **XI. DISCUSIÓN**

Al igual que en el presente trabajo, en varios estudios científicos se ha verificado la mala calidad de los registros de enfermería.

En la investigación Antonio Ruiz (3), define la calidad de los registros de enfermería como un reporte documental donde queda regida toda información sobre la actividad de la enfermera referida a una persona concreta, lo que debe tener una valoración, tratamiento recibido y evolución. En cambio, los reportes de enfermería del I.N.O. no llevan un orden cronológico en un 98.7%.

El 100 % de los reportes de enfermería no se aplica las herramientas científicas como el P.A.E. En los estudios de la literatura consultada se encontró en la Revista de Escola de Enfermagem (12) donde indican que las enfermeras bolivianas no han incorporado definitivamente el método científico y la taxonomía a los cuidados.

El 73% el personal de enfermería no registra las condiciones del cliente cuando se va de alta del servicio de recuperación, en el estudio de la literatura consultada de acuerdo a la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (17) indica que debe ser con calidad y calidez la atención.

En la investigación de Morales Loayza Sandra (4) indica que la nota de enfermería presenta un porcentaje regular calidad con un 54,7% en cuanto a sus dimensiones en el contenido del P.A.E. tienen una mala calidad. En cambio, la calidad de los registros del personal de enfermería del I.N.O. es regular 1,3% y malo en un 98,7% porque no cuenta con las dimensiones del contenido del P.A.E.

Los registros de enfermería, son aún un desafío para el personal de Enfermería del Instituto Nacional de Oftalmología, por lo tanto, podemos decir que no existe calidad en los registros de la hoja de enfermería en la U.C.P.A. porque no se aplica el Proceso Enfermero en el 100% de los reportes de enfermería y de acuerdo a revisión bibliográfica. Zamudio Gl. (5) indica la aplicación del Proceso Enfermero y los registros de enfermería van a definir la calidad de los registros de enfermería, misma que servirá como evidencia escrita de los cuidados que se prestó al cliente.



EL 100% de las enfermeras del INO no elaboran diagnósticos de enfermería, en relación al estudio de Patricia Ungiléis (7) de Ecuador donde el 10 % no cumplen con el registro de SOAPIE. Es preocupante este resultado en el INO, siendo que estos diagnósticos son muy importantes para elaborar las intervenciones de enfermería y brindar una atención de calidad al cliente.

El 87% del personal del INO no registra las alteraciones secundarias por la anestesia que presenta el cliente en la hoja clínica de enfermería; en relación Fd Uruguay (4) el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros; lo cual pareciera que el personal de enfermería del INO no da importancia al desempeño de su trabajo, sin darse cuenta que esta negligencia puede perjudicarla en algún proceso legal de auditoría médica.

El 83,3% del personal del INO tiene un nivel de NO cumplimiento de los registros ante las alteraciones secundarias a la anestesia, también en el estudio de Serrano (10) de Revista Cuídate evidencia un 54% de mala aplicación de protocolos y manuales, pareciera que los personales de Enfermería no tienen conocimientos sobre las normas de registros de enfermería.

El 62% de los registros no tienen aclaración de la firma lo que es una violación a la normativa de la auditoría médica, Arraús (1) en cambio registró solo el 5,9% esta falta a la normativa, lo cual puede dar lugar a la no identificación del personal que hizo este registro.

El 41% de las enfermeras del INO no registra sus anotaciones con letra legible y clara, mientras que García (2) indica que el 61% del personal también tiene esta dificultad, esta falta, puede ocasionar confusión en la continuidad del proceso de atención al paciente e incluso cometer alguna negligencia.

## **XII. CONCLUSIONES**

De acuerdo a resultados obtenidos los registros de enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del I.N.O. no cumplen con las normas de calidad.

Con la propuesta, se puede afirmar que se dio inicio a la elaboración de registros de enfermería de calidad.

De acuerdo a la recolección de datos de la gestión 2017-2018, no se encontró en el 100% de los registros de enfermería en las escalas de recuperación de la anestesia.

Los datos recolectados en la gestión 2017-2018, indican que en el 92% se encontró registros de la escala de Aldrete, el 3% registro escala de Bromage, el 5% registro escala de Ramsay.

De acuerdo a la recolección de la gestión 2017-2018, no se aplica el Proceso Atención de Enfermería.

Los resultados de la recolección de datos después de la propuesta de intervención nos indican que el personal de enfermería realizará los registros en base al Proceso Enfermero.

Se diseñó las hojas de registro para el control de la recuperación de la Anestesia exclusiva para Enfermería con estándares de calidad.

### **XIII. RECOMENDACIONES**

Indudablemente las recomendaciones van dirigidas al personal profesional de enfermería quien desempeña funciones en esta Unidad:

1. Por los resultados obtenidos, se tuvo que diseñar e implementar un registro de enfermería adecuado para la atención de clientes post operados inmediatos, por muchas circunstancias o eventos que pueden ocurrir en esta etapa del post operatorio inmediato, como ser complicaciones que requieran la actuación inmediata tras haber realizado una valoración inicial del cliente post operado por parte de enfermería. La cuál nos simplificará el trabajo asistencial de enfermería y unificará criterios.
2. Se propone aplicar el Plan de Capacitación para el personal de enfermería I.N.O. sobre calidad de los registros de enfermería tomando en cuenta las normas internacionales existentes.
3. Incentivar al personal de Enfermería a través de memorándums de felicitación o reconocimiento de su labor asistencial.
4. Se recomienda utilizar las herramientas científicas de calidad que le sirvan al personal de enfermería como instrumento para mejorar el proceso de registros clínicos de enfermería.

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA**



**IMPLEMENTACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO  
DE ENFERMERÍA BAJO ESTANDARES DE  
CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST  
ANESTESICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
OFTALMOLOGÍA**

**GESTION 2017 - 2018**

## **INTRODUCCIÓN**

La actividad asistencial que enfermería brinda al cuidado del cliente, que se ve reflejada en los reportes, que el mismo personal de enfermería realiza en la hoja de enfermería que sea un registro adecuado oportuno y sistemático y a la vez se aplique el método científico de las respuestas humanas del cliente aplicando el Proceso Enfermero en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar adecuadamente registros de enfermería con estándares de calidad en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del I.N.O. gestión 2017 – 2018.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Implementar la Hoja del reporte de Enfermería en el servicio de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología gestión 2017 – 2018.

## **JUSTIFICACIÓN**

Debido a la falta de registros adecuados en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología, surge la necesidad de capacitar y actualizar constantemente al personal de enfermería en la elaboración de registros de enfermería

La importancia en la aplicación de las diferentes escalas de Recuperación de la Anestesia simplifica el trabajo de enfermería y además unifica criterios

La aplicación del Proceso Enfermero, favorecerá a todo el personal de enfermería del Instituto Nacional de Oftalmología y en especial al cliente, además respaldaran las acciones de enfermería de manera científica.

## Diagnostico Situacional

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente adecuado para la U.C.P.A.</li> <li>- Equipamiento adecuado.</li> <li>- 1 camilla por quirófano.</li> <li>- La mayor parte del personal de enfermería con especialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar con los instrumentos de calidad en base al P.A.E..</li> <li>- Todo el personal de enfermería debe trabajar en el U.C.P.A. de acuerdo a requerimiento institucional.</li> </ul>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se cuenta con personal fijo en el área de la U.C.P.A. en los diferentes turnos.</li> <li>- Falta de protocolos de atención de enfermería en el área.</li> <li>- Hoja de registro de signos vitales inapropiada.</li> <li>- Falta de educación continua para el personal de Enfermería.</li> <li>- Falta de actualización sobre el PAE.</li> <li>- Auditoria interna en cuanto a revisión de registros.</li> <li>- Falta de supervisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avances científicos de la medicina y enfermería.</li> <li>- Complicaciones inmediatas post quirúrgicas en la U.C.P.A.</li> <li>- Demandas Legales.</li> <li>- Rutina del personal de enfermería.</li> <li>- No aplicar el método científico.</li> </ul>

**Estándares de la A.S.A. (AMERICAM SOCIETY OF (ANESTHESIOLOGISTS)  
en los cuidados post operatorios desde 1988.**

Los estándares de la American Society of Anesthesiologist son:

- Todo paciente anestesiado debe pasar por una unidad de recuperación.
- Debe ser transferido por un anesthesiólogo.
- Entregado a la enfermera de recuperación.
- Controlada y documentada su estancia.
- Supervisada por un médico responsable que conozca y trate las complicaciones post anestésicas.
- El alta es responsabilidad del médico anesthesiólogo

**Además, la American Society of Anesthesiologist. Recomienda lo siguiente:**

- Oxígeno suplementario.
- Tratamiento de las náuseas y vómitos.
- Normalizar la temperatura corporal.
- Tratamiento del escalofrió.
- Uso de antagonistas sedantes analgésicos.

Porque controlar la temperatura corporal, especialmente en clientes que recibieron anestesia general, porque los anestésicos alteran el centro termorregulador del hipotálamo, inhiben los temblores y producen vaso dilatación periférica y en la recuperación de la anestesia la inhibición desaparece y comienzan los temblores cuando la temperatura se encuentra debajo de los 36 ° C.

## **FASES DE LA PROPUESTA**

### **a. Fase Principios (legal)**

Para llevar a cabo la propuesta de intervención de la Hoja de Control de Recuperación de la Anestesia para enfermería se solicitará en forma escrita la autorización para la implementación de la hoja de enfermería a Jefatura de Enfermería como también a Dirección.

### **b. Fase de Difusión**

Se dio a conocer en forma gradual de acuerdo a capacitación del llenado de la hoja respectiva.

### **c. Fase Validación**

La hoja de registro de recuperación de la anestesia para enfermería, será validada por expertos en el área de Recuperación antes de su implementación.

### **d. Fase de Capacitación**

Se capacito según cronograma presentado a la M.A.E. sobre el llenado de la hoja de control de recuperación de la anestesia, al personal que ingresa a trabajar en la unidad de Cuidados post Anestésico, del Instituto Nacional de Oftalmología como también los registros en la hoja de enfermería en base al SOAPIE.

### **e. Fase Aplicación**

Se empezó la aplicación de la hoja de recuperación de la anestesia con una prueba piloto de 6 casos.



## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

### a) Actividad

Cursos de educación continua para el personal de enfermería.

### b) Contenido

FECHA	CONTENIDO TEMÁTICO	INDICADO DE CUMPLIMIENTO
1 de diciembre 2018.	Registros de Enfermería Norma JCAHO, calidad de Registros e Indicadores de calidad de los registros de enfermería	- Conocimiento sobre registros de enfermería, normas internacionales y aplicar los procedimientos de enfermería a los indicadores de calidad.
	Proceso de Atención de Enfermería PAE.	-Valoración de Enfermería.  -Elaborar diagnóstico de Enfermería.
	SOAPIE y Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería	-Planificación de Enfermería Intervenciones de Enfermería Evaluar la intervención de Enfermería.  -Elaborar notas de enfermería con esquema SOAPIE.

**c) Tema:** Hoja de registros para clientes post operados inmediatos en la U.C.P.A.

**d) Objetivo:** Mejorar los registros en las hojas de enfermería en la U.C.P.A. del Instituto Nacional de Oftalmología.

TEMAS	OBJETIVO	FORMA DE TRABAJO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Registros de Enfermería</li> <li>-Características y factores de los registros de enfermería</li> <li>- Norma JCAHO.</li> <li>-Calidad del registro de enfermería.</li> <li>- Proceso de Atención de Enfermería.</li> <li>-Definición.</li> <li>-Valoración.</li> <li>-Diagnósticos.</li> <li>-Planeamiento</li> <li>-Intervención.</li> <li>-Evaluación.</li> <li>- SOAPIE.</li> </ul>	<p>Mostrar la importancia del Curso Informar sobre la importancia de los registros de enfermería.</p> <p>Dar a conocer los tipos, finalidad y características del registro de enfermería.</p> <p>Socializar las normas internacionales de los registros de enfermería.</p> <p>Aplicar el PAE en el servicio de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.</p> <p>Realizar plan de cuidado.</p> <p>Evaluar resultados de las intervenciones de enfermería.</p> <p>Aplicar los registros de enfermería a través del esquema del SOAPIE.</p>	<p>Exposición y Taller</p>

## **e) Valoración**

y el registro respectivo Se inicia con el examen físico céfalo caudal desde el momento que el anesthesiólogo hace entrega del cliente a la enfermera de recuperación, valoraremos mediante el interrogatorio, la observación.

Primera etapa del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. Debe realizarse antes de enunciar un diagnóstico de enfermería. En efecto la valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases de enfermería, la finalidad de la valoración es contar con una información importante del cliente y crear una base de datos que requiere la intervención de enfermería.

### **Tipos de Datos:**

**Datos Subjetivos:** Se conoce también como signos o datos cambiantes, no son observables, se describe o verifica solo por la persona afectada.

**Datos Objetivos:** Se conoce como síntomas o datos manifestados, son observables se obtienen mediante la percepción (oído, vista, tacto, gusto, olfato)

**Datos Actuales:** Son aquello que están presente en el momento de la valoración.

## **f) Diagnósticos de enfermería.**

El diagnóstico de enfermería o análisis, es la segunda etapa del proceso de enfermería, es un juicio clínico sobre las repuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud en la valoración de enfermería.

### **Taxonomía de diagnósticos de enfermería**

Es un sistema de clasificación de grupos, clases o conjuntos.

## **g) Diagnósticos de enfermería en la especialidad de oftalmología**

- Riesgo de asfixia relacionado con reducción de la habilidad motora por efectos de la anestesia

- Riesgo de lesión relacionado con la presencia de un ambiente desconocido.
- Riesgo de aspiración relacionado con reducción del nivel de conciencia.
- Deterioro de respiración espontánea relacionado con factores metabólicos secundarios acidosis metabólica evidenciado por alteraciones de los signos vitales.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de las secreciones evidenciado por roncos.
- Riesgo de sangrado relacionado con traumatismo de los tejidos.
- Riesgo ocular relacionado con infección evidenciado por la extracción de un cuerpo extraño.
- Riesgo de infección relacionado con efectos colaterales en procedimiento invasivos.
- Riesgo de infección relacionado con aumento de la exposición ambiental.
- Dolor relacionado con traumatismo de los tejidos secundarios a intervención quirúrgica.
- Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteraciones hemodinámicas evidenciado por taquicardia.
- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos secundarios a intervención quirúrgica evidenciado por gestos de dolor.
- Alto riesgo de dolor agudo relacionado con el procedimiento quirúrgico, evidenciado por la herida operatoria.
- Mantenimiento inefectivo relacionado con cifras de tensión arterial elevadas, secundarias a la intervención quirúrgica.
- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con disminución de los reflejos, secundario a intervención quirúrgica que se evidencia por dificultad para expresarse.
- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con efectos sedantes.
- Hipotermia por la anestesia general, relacionado con la alteración del centro termorregulador del hipotálamo que producen vaso dilatación evidenciado por temblores cuando la temperatura se encuentra debajo de los 36 ° C.

## **h) Proceso Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Post**

### **Anestésicos.**

Planeamiento o planificación del cuidado de enfermería

Es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería consiste en programar las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) fijando el propósito, el orden y la secuencia o prioridad de la misma.

El plan ayuda a tomar decisiones, resolver problemas, programar los tiempos necesarios a fin de alcanzar el resultado esperado.

### **i) Intervención de enfermería.**

Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería que consiste en la solución del problema identificado a través de las actuaciones de enfermería, teniendo como meta fundamental el beneficio del cliente en sus áreas bio-sico-social.

En esta etapa se pone en marcha las intervenciones planificadas en el plan de cuidados.

En este caso en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del I.N.O. realizaremos la valoración de acuerdo al tipo de anestesia que recibió el cliente, emplearemos datos objetivos mediante la:

### **j) Evaluación**

La evaluación es la última fase del proceso de enfermería y determina si un cliente mejora, permanece estable o se deteriora; esto se realiza comparando la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería con la conducta propuesta en el resultado esperado. La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos en la que los clientes y los profesionales de enfermería determinan.

**k) SOAPIE.** Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del cliente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera.

## **Instituto Nacional de oftalmología La Paz –Bolivia**

### **INSTRUCTIVO DE LA HOJA DE REGISTRO DE RECUPERACIÓN**

#### **PARA EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

El registro de propuesta de aplicación de este registro de las notas de enfermería utilizando SOAPIE tiene las siguientes características:

Está diseñado solo para el personal profesional de enfermería del Instituto Nacional de Oftalmología de la Ciudad de La Paz, para los 2 turnos.

Sirve para monitorizar los diagnósticos en el registro del Proceso Atención de Enfermería es por eso que se recomienda utilizar este formato para registrar el plan de cuidado de enfermería SOAPIE.

La sigla **S** que son los datos subjetivos es decir lo que el cliente nos refiere permite deslizar una valoración diaria para el monitoreo de los diagnósticos identificados.

En la sigla **O** que son los datos objetivos es decir lo que se observa y se comprueba permite hacer una valoración diaria sobre el estado del cliente.

En la sigla **A** de análisis se coloca el diagnóstico de enfermería.

En la sigla **P** de planeamiento se coloca solamente el objetivo específico porque es en base a este van hacer las intervenciones del turno respectivo.

En la sigla **I** de intervenciones se coloca las intervenciones realizadas en el turno especialmente las independientes.

En la sigla **E** que es de evaluación muchas veces se convierte en evolución cuando todavía no se ha cumplido el plazo para evaluar y solamente se consignan datos de evolución de los problemas identificados.

Es importante escribir en forma clara legible tanto en le SOAPIE como en la parte final donde se consignan los datos de la enfermera.



## REGISTRO DE ENFERMERIA SALA DE RECUPERACIONES

NOMBRE Y APELLIDOS.....	GRUPO SANGUINEO.....
N° CAMA.....	EDAD.....
TELEFONO.....	N° HISTORIA.....
FECHA DE INGRESO.....	HORA INGRESO.....
HORA EGRESO.....	
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.....	
OPERACIÓN.....	ANESTESIA.....

NIVEL DE CONCIENCIA INGRESO: ALDRETE.....

PARAMETROS		15'		30'		45'		60'		SOLUCIONES PARENTERALES
C/5min	C/15min									
SIGNOS VITALES	TEMPERATURA									
	FRECUENCIA CARDIACA									
	FRECUENCIA RESPIRATORIA									
	SATURACION DE OXIGENO									
	TENSION ARTERIAL									
	MODO DE VENTILACION									
	OXIGENOTERAPIA									
INGRESOS	GLASGOW									<b>TRATAMIENTO</b>
EGRESOS										T. DE INGRESOS: T. DE ELIMINADOS:

ALTA DE RECUPERACION: FECHA .....HORA .....CONDICIÓN.....

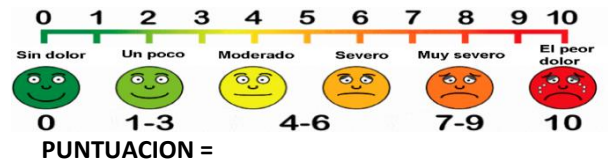
NIVEL DE CONCIENCIA EGRESO ALDRETE.....

CIRUJANO.....AYUDANTE.....ANESTESIOLOGO.....

### ALDRETE

CARACTERISTICAS		Ingreso	Egreso					
ACTIVIDAD MOTORA	Mueve 4 extremidades voluntariamente o a ordenes	2						
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o a ordenes	1						
	Incapaz de mover extremidades	0						
RESPIRACION	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2						
	Disnea o limitación a la respiración	1						
	Apnea	0						
CIRCULACION	Presión Arterial <20% del nivel pre anestésico	2						
	Presión Arterial 20-49% del nivel pre anestésico	1						
	Presión Arterial >50% del nivel pre anestésico	0						
CONCIENCIA	Completamente despierto	2						
	Responde a la llamada	1						
	No responde	0						
SATURACION OXIGENO	Mantiene SaO <sub>2</sub> > 92% con aire ambiente	2						
	Necesita O <sub>2</sub> para mantener SaO <sub>2</sub> > 90%	1						
	SaO <sub>2</sub> > 90% con O <sub>2</sub> suplementario	0						
	ADMISION	5'	10'	15'	20'	25'	30'	ALTA
PUNTUACION								

### ESCALA DEL DOLOR



### NARCOSEDACIÓN

	0	1	2
Respiración	No respira	Esfuerzo respiratorio 20-50%	Respira y tose (-) 20
Circulación PA	(+) 50%	Responde ordenes	Contesta
Nivel conciencia	No responde	Pálida cianosis	Orientado
Color de piel	Cianosis	Color rojizo	Normal
Act. Motora	No se mueve	Mueve dos extremidades	Mueve 4 Extremidades



# REPORTE DE ENFERMERIA SOAPIE

TURNO	TURNO
<p><b>S</b>..... .....</p> <p><b>O</b> Apariencia General.....            Actividad neurológica.....            Hemodinamia.....            Terapia Respiratoria.....            Vía Aérea.....            Piel y Mucosas.....            Herida Operatoria.....            Extremidades Superiores.....            Extremidades Inferiores.....            Línea venosa periférica.....            Posición.....</p> <p><b>A</b>.....  <b>P</b>.....  <b>I</b>.....            .....            .....            .....            .....            .....            .....            .....            .....  <b>E</b>.....            .....</p>	<p><b>S</b>..... .....</p> <p><b>O</b> Apariencia General.....            Actividad neurológica.....            Hemodinamia.....            Terapia Respiratoria.....            Vía Aérea.....            Piel y Mucosas.....            Herida Operatoria.....            Extremidades Superiores.....            Extremidades Inferiores.....            Línea venosa periférica.....            Posición.....</p> <p><b>A</b>.....  <b>P</b>.....  <b>I</b>.....            .....            .....            .....            .....            .....            .....            .....            .....  <b>E</b>.....            .....</p>
Pie de firma	Pie de firma



## **INDICADORES DE SEGUIMIENTO**

Se realizará el seguimiento si se cumple con el llenado adecuado de la hoja de control en la recuperación de la anestesia para enfermería como también la aplicación del P.A.E. en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del Instituto Nacional de Oftalmología.

#### **XIV. BIBLIOGRAFÍA**

1. O. Martinez. Factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería. 11 de Octubre del 2007. Disponible en [www.ape.org.py/noticias/030709\\_demanape.htm](http://www.ape.org.py/noticias/030709_demanape.htm)
2. Garcia , Silvia , Mesa , Angelica.. Análisis de los informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes Argentina. 22 de Junio de 2008. Disponible en <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/2008/comunicaciones/03-Medidas/M-028.pdf>
3. Ruiz Hontangas A. Calidad en los Registros de Enfermería. Herrera-CEU de Valencia. ed. Enfermería Ed, editor. España: Universitario de Valencia, Valencia, España.; 2010.
4. Enfermería Fd, editor. Registros Medicos, Control de Formularios y Registros, Historia Clinica, Control de Calidad, Estándares de Referencia, Evaluación, Personal de Enfermeria Uruguay: Universidad de la República (Uruguay).; 2010.
5. Zamudio G,Ibarra b, Suaste M, Hernández M. Interrelación de diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC. Rev. Mexicana. 2010 Julio; vol.3(n.1).
6. Morales Loayza SC. /handle/UNJBG/234. [Online].; 2011 [cited 2018 Agosto Sabado. Available from: URI: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/>
7. Urgilés P, Barrera J. Normas para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema Basado en Problemas SOAPIE en Hospitalización en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1. Rev. Quito Ecuador. 2012 Junio; vol.7(n.1)
8. Quispe Adwire C. /handle/UNJBG/440. [Online].; 2012 [cited 2018 septiembre sabado. Available from: URI: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/>
9. Heredia. Responsabilidad profesional en enfermería. la perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. Med. leg. Costa Rica. 2013 Marzo; volumen 20(n.1).
10. Serrano C,Laura V, Villanueva C, Cyntia V, Zegarra S, Francessca A. [http://repositorio.upch.edu.pe.](http://repositorio.upch.edu.pe/) [Online].; 2016 [cited 2018 SEPTIEMBRE VIERNES. Available from: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/666>
11. Lopez Jc, Moreno Mgm, Saavedra CHv. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. Enferm. univ/México. 2017 OCTUBRE/DICIEMBRE; vol.14(no.4).
12. Sao P. Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012 Agosto; vol.46(no.4).

13. Pecina Leyva RM. Potosí. E-mail: Rosy pecina @ ya hoo.co m.mx. [Online].; 2013 [cited 2018 Septiembre Sabado.
14. Mariobo Vaca D. Calidad de la hoja de registros de Enfermería en el servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología. 2008. Tesis realizado en el servicio de Internación del I.N.O. La Paz Bolivia. .
15. Meneces Pv. Calidad del Registro de Enfermeria S.O.A.P.I.E. en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. 2012. Tesis realizado en el Hospital Seguro Social Universitario La Paz.
16. Hidalgo Zanorano EG. La Calidad en los Registros de Enfermería. 2013. Tesis realizado en el Seguro Bancario en el servicio de Recuperación.
17. Constitución Política del Estado Plurinacional. 2009. Promulgada en Bolivia Art.18.I,II,III pág20.
18. Ministerios de Salud y deportes. 2008. Manual de acreditación de hospitales de 2do.nivel pág20.
19. INASES. “Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud”. 2008. Ministerio de Salud y Deporte Publicación 56 serie de documentos normativos - La Paz pág 22.
- 20 INASES. “Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en Salud”. 2008. Ministerio de Salud y Deporte,Publicación 56 serie de documentos normati vos - La Paz. Bolivia pág 23.
21. INASES. “Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud”. 2008. Ministerio de Salud y Deporte,La Paz Bolivia pág 23.
22. INASES. “Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud”. 2008. Ministerio de Salud y Deporte,La Paz Bolivia pág.18.
23. INASES. “Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud. 2008. Ministerio de Salud y Deporte,La Paz Bolivia, pág.16.
24. INASES. Norma Técnica para el expediente clínico. 2008. Ministerio de Salud y deportes Bolivia Pág.8.
25. INASES. Norma Técnica para el expediente clínico. 2008. Ministerio de Salud y deportes Bolivia Pág.12.
26. I. Norma Técnica para el expediente clínico. 2008. Ministerio de Salud y deportes Bolivia Pág.29.

27. INASES.. Norma Técnica para el expediente clínico. 2008. Ministerio de Salud y deportes Bolivia Pág.23.
28. C. RFA. eglobal/. [Online].; Noviembre 2002 [cited 2018 junio viernes. Available from: ¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..
29. Balderas Pedrerao MdL. Administración de los servicios de Enfermería". 2009. Mc Graw- Hill Interamericana 5ta.Edición.pág. 183.
30. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para Elaborar Proceso, Registros y protocolo de Enfermería. 2008. 4ta Edición Perú Pág.36, 37.
31. Cortez Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para Elaborar Proceso, Registro y protocolo de Enfermería. 2008. 4ta Edición Perú Pág. 34.
32. Cortes Cuaresma G, Castillo Lujan F. Guía para Aplicar Proceso de Enfermeria. 2008. 4ta. Edición Perú.
33. Patiño W. "Anestesiología. 2006. 2da Edición Medellín Colombia.
34. Basora M, Colomina S. Anestesia en cirugía y trauma médica. 2011. Editorial Medica Panamericana.
35. Basora M, Colomina S. Anestesia en cirugía y trauma médica. 2011. Editorial Medica Panamericana.
36. Brunner. S. Enfermería Medico quirúrgica. 2009. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 10ma. Edición.Vol.10 pag.489.
37. Brunner S. Enfermería Medico quirúrgica. 2009. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 10ma. Edición.Vol.10 pag.489.
38. Blanco E, Cruz M, Laura I, Sanizo , Soliz. Normas para la unidad de Cuidados Intensivos. 2012. Bolivia.
39. Mendoza Y, Peniche A. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. 2008. Vol.28 n.3.
40. Castellet Fe, Vidal N. Escalas y Cuestionario Andinos para el Dolor. 2011. Publicación semestral Órgano Oficial de la Asociación Boliviana del dolor. Vol1 Nº1 La Paz Bolivia agosto.
41. De Lorenzo A. G. "Scores Pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente Critico". 2006. 2da.Editorial Ergon S.A. 2da. Edición. Madrid.

# ANEXOS





**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°**

**CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA DE CLIENTES POT OPERADOS INMEDIATOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POT ANESTÉSICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA, LA PAZ – BOLIVIA, GESTIÓN 2017- 2018.**

**INTRODUCCIÓN:**

La presente investigación surge como necesidad de conocer si estos registros de la hoja de enfermería son de calidad, si en ella se encuentran registradas las actividades asistenciales que enfermería brinda en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del I.N.O. y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, si se cumple con normas establecidas para el registro en la respectiva hoja.

**OBJETIVO:**

Determinar la Calidad de Registro de la Hoja de Enfermería en clientes post operados inmediatos de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos, del Instituto Nacional de Oftalmología de la gestión 2017 – 2018.

**I. DATOS GENERALES:**

- 1. N° Historia Clínica.....
- 2. Edad del cliente.....años.
- 3. Sexo            M            F

**II. DATOS ESPECIFICOS:**

- 1. Diagnostico post operatorio :.....
- 2.Tipo de anestesia recibida:
  - a) ( ) General
  - b) ( ) Retrobulbar
  - c) ( ) Peribulbar
  - d) ( ) Narcosedación y tópica
  - e) ( ) Narcosedación y regional
  - f) ( ) Local

### III. EN LA HOJA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS SE ENCUENTRA REGISTRADOS LOS SIGUIENTES DATOS

1. El personal de enfermería registra la valoración inicial del clientes en la recuperación de la anestesia. en la unidad de cuidados post anestésicos:
  - a) ( ) Nivel de consciencia.
  - b) ( ) Respuesta a los estímulos
  - c) ( ) Función respiratoria o SpO2
  - d) ( ) Función hemodinámica.
  - e) ( ) Color de la piel.
  - f) ( ) Temperatura.
  
2. El control de signos vitales del cliente en la recuperación de la anestesia en la unidad de cuidados post anestésicos está registrada:
  - a) ( ) Al inicio
  - b) ( ) Cada 5 min.
  - c) ( ) Cada 15 min.
  - d) ( ) Cada 30 min.
  - e) ( ) No existe registro
  
3. En la hoja de control de signos vitales de la unidad de cuidados post anestésicos se encuentra registrada:
  - a) ( ) Temperatura
  - b) ( ) P/A
  - c) ( ) Pulso
  - d) ( ) Respiración
  - e) ( ) SpO2
  - f) ( ) P.A.M.

4. Durante la recuperación anestésica en la unidad de cuidados post anestésicos el cliente presenta alteraciones secundarias las cuales se encuentra registradas:

- a) ( ) Náuseas y vómitos
- b) ( ) Dolor
- c) ( ) Hipotensión
- d) ( ) Hipertensión
- e) ( ) Hemorragias
- f) ( ) Hipotermia
- g) ( ) Taquicardia
- h) ( ) Otros.

5. Ante las alteraciones secundarias por la anestesia mencionadas que cuidados de enfermería se ejecutaron:

- a) ( ) Administración de antieméticos
- b) ( ) Administración de analgésicos
- c) ( ) Administración de b-bloqueadores
- d) ( ) Administración de antihipertensivos
- e) ( ) Administración de anticoagulantes
- f) ( ) Abrigar al paciente
- g) ( ) Comunicar al médico anesthesiologo

6. En el reporte de enfermería, se encuentra registrado la fecha.

SI                      NO

7. En el reporte de enfermería, se encuentra registrado la hora.

SI                      NO

8. En el reporte de enfermería, están elaboradas con letras claras y legibles.

SI                      NO



9. El reporte lleva un orden cronológico.

SI NO

10. El reporte de enfermería está estandarizado el color de bolígrafo.

SI NO

11. El reporte de enfermería lleva nombre, firma y sello de quien las elaboró.

SI NO

12. Qué escala de valoración post anestésica se encuentra registrada para dar de alta al cliente de la unidad de cuidados post anestésico.

a) ( ) ALDRETE

b) ( ) BROMAGE

c) ( ) RAMSAY

d) ( ) ESCALA VISUAL ANALOGA – EVA. 0 AL 10

13. Los registros de enfermería son realizados en base al:

a) ( ) P.A.E.

b) ( ) S.O.A.P.I.E.

c) ( ) N.A.N.D.A. ( N.I.C. y N.O.C.)

d) ( ) Clásico

e) ( ) Ninguno

14. Existe registro de las condiciones en que el cliente es trasladado de la unidad de cuidados post anestésicos, al servicio de ambulatorio y / o internación.

SI NO

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESULTADO	AÑO 2017																AÑO 2018																AÑO 2019											
		SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				ENERO				JUNIO				JULIO				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del perfil	Aprobación del perfil	X	X	X	X																																								
Revisión bibliográfica	Elaboración del marco teórico					X	X	X	X	X	X	X	X																																
Solicitud Autorización del I.N.O.	Aprobación de solicitud												X																																
Inicio de recolección de datos	Obtención de datos Confiabilidad												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																				
Análisis estadísticos	Métodos estadísticos																					X	X	X	X	X	X	X	X																
Presentación del trabajo al tribunal revisor	Aprobación por el tribunal																													X	X	X	X												
Defensa de la tesis	Tesis aprobada																																	X	X	X	X								

## PRESUPUESTO

### a) Recursos Humanos

- Licenciada en Enfermería de la Unidad de Post Grado cursante de la especialidad de Medicina Critica y Terapia Intensiva

### b) Recursos Institucionales

- Instituto Nacional de Oftalmología I.N.O.

### c) Recursos Financieros

- El gasto lo realizara la investigadora.

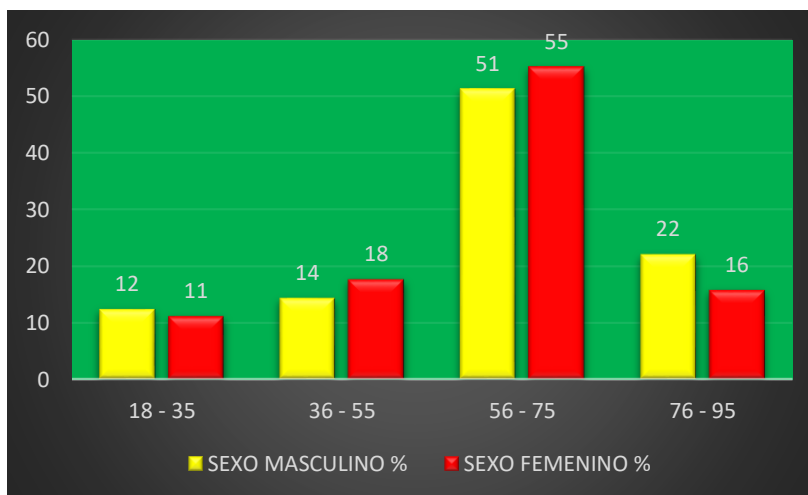
N°	DETALLES	P/ UNIT	CANTIDAD	TOTAL
1	Hojas de boom t/c	0.10	500 hojas	50 bs.
2	Laptop	3,500	1 unidad	3500
3	Impresora	1,200	1 unidad	1200
4	Servicio de internet			105
	Totales			4855 bs.

### d) Otros

- Transportes
- Fotocopias de textos de apoyo para el trabajo de investigación.

## GRÁFICO N° 1

### EDAD DE LOS CLIENTES ATENDIDOS UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.



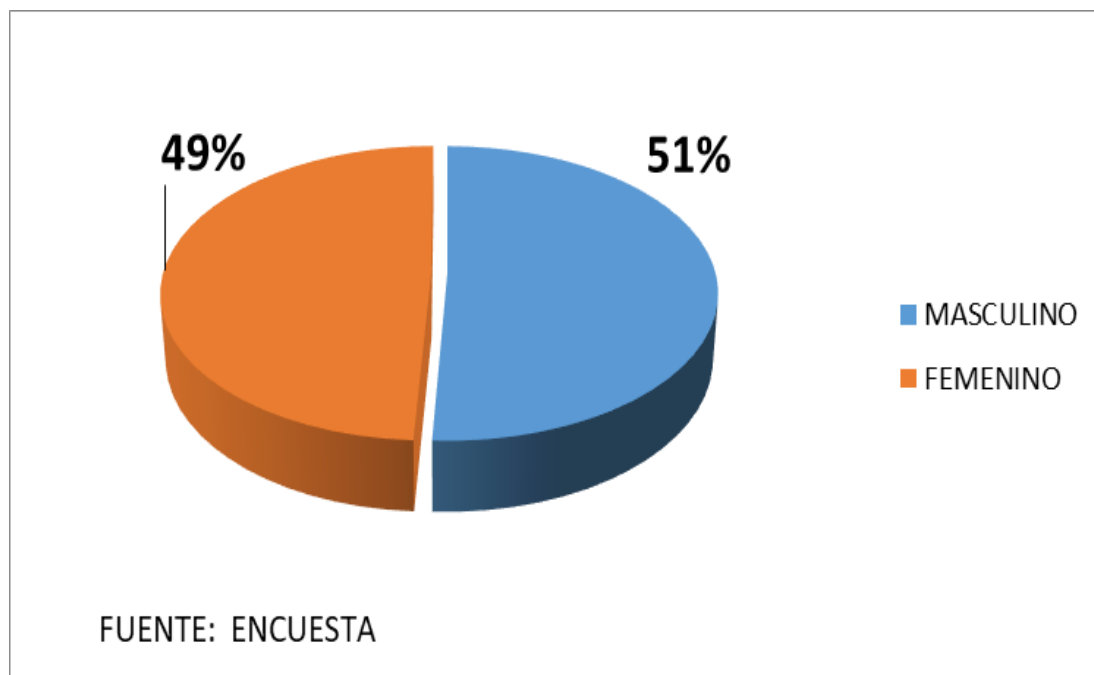
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el gráfico N°1 de los clientes intervenido quirúrgicamente. El 12% corresponde a clientes de 18 a 35 años; de los cuales el 12% son masculinos y el 11% son femeninos. El 17% corresponde a clientes de 36 a 55 año; de los cuales el 14% son masculinos y el 18 % son femeninos. El 52% corresponde a clientes de 56 a 75 años de edad; de los cuales el 51% son masculinos y el 53% son femeninos. El 19% corresponde a clientes de 76 a 95 años; de los cuales son el 22% son masculinos y el 16% son femeninos

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar que el 52% corresponde a clientes asegurados (P.S.S.I.) intervenidos quirúrgicamente. El 12% corresponde a clientes intervenidos quirúrgicamente por traumas oculares y otras cirugías.

## GRÁFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN DE DATOS SEGÚN SEXO, DE CLIENTES ATENDIDOS UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018

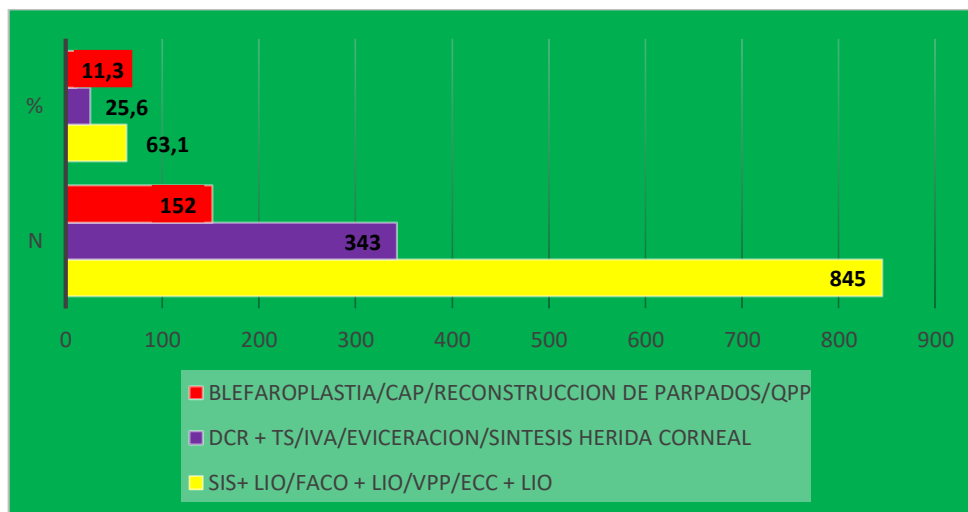


Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En la gráfica N°2. El 51% corresponde a clientes de sexo masculino y el 49 % corresponde a clientes de sexo femenino.

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar, los clientes que más ingresan a la U.C.P.A. son de sexo masculino.

**GRÁFICO Nº 3**  
**DIAGNÓSTICOS POST OPERATORIOS DE LOS CLIENTES ATENDIDOS**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018**



**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el gráfico N°3. El 64,4% corresponde a clientes operados de SIS+LIO, FACO+LIO, V.P.P., ECC+LIO. El 26,1% operado de D.C.R.+T.S., D.C.R.+TS, I.V.A., evisceración, síntesis de herida corneal. El 9,5% operado de blefaroplastia, C.A.P., reconstrucción de párpados Y Q.P.P.

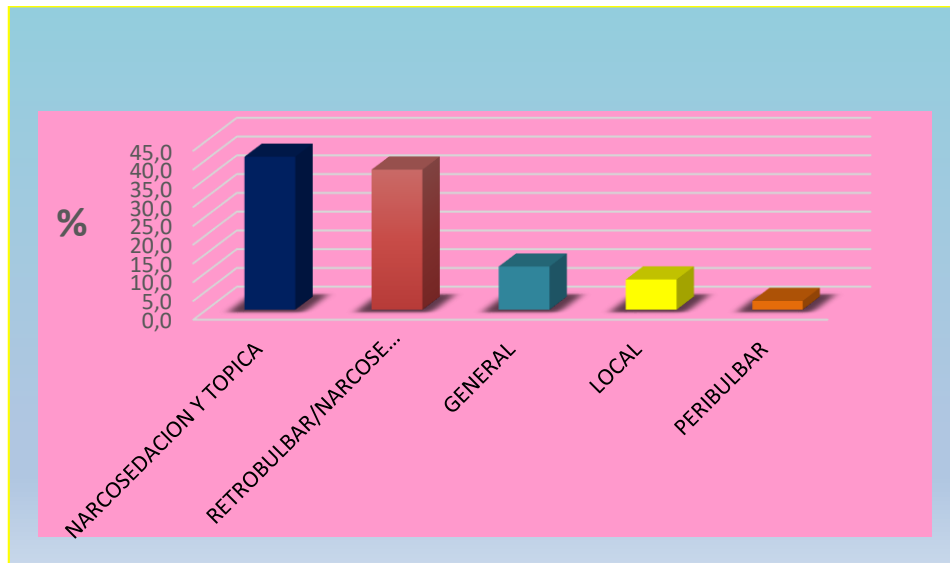
**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el 64,4% son clientes de la tercera edad y asegurados.

## GRÁFICO Nº 4

### TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIERON LOS CLIENTES ATENDIDOS

#### UNIDAD DE CUIDADO POST ANESTÉSICOS

I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.



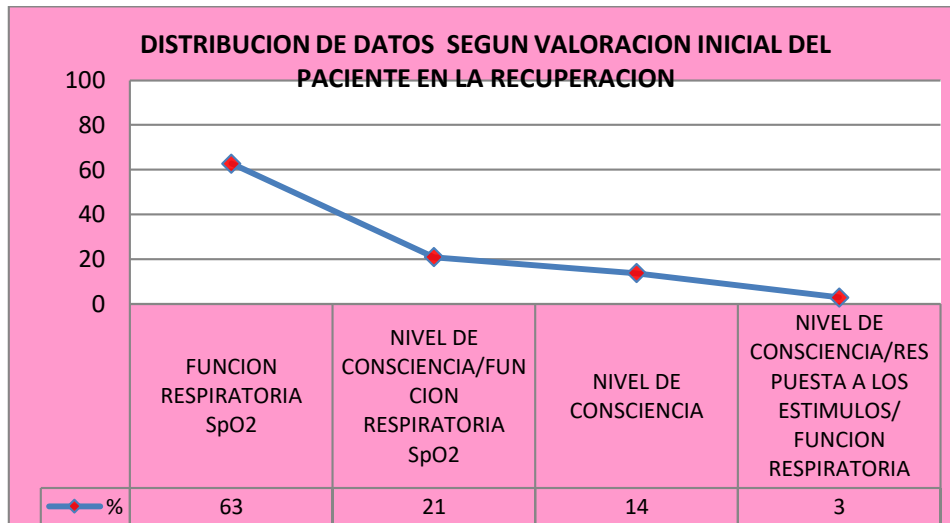
Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico Nº 4, se observa que el 40,8% de los clientes, recibieron Anestesia Narcosedación y Tópica. El 37,3% recibieron Anestesia Retrobulbar + Narcosedación y Tópica. El 11,5% recibieron Anestesia General. El 8,1% recibieron Anestesia Tópica. y El 2,3% es Anestesia Peribulbar.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el 11,5% recibieron Anestesia General, siendo estos uno del factor determinante para el cliente y el personal de enfermería debido a la necesidad de brindar atención especializada y de mayor cuidado.

## GRÁFICO Nº 5

### REPORTE EN LAS HOJAS DE ENFERMERÍA DE LA VALORACIÓN INICIAL UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.



Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

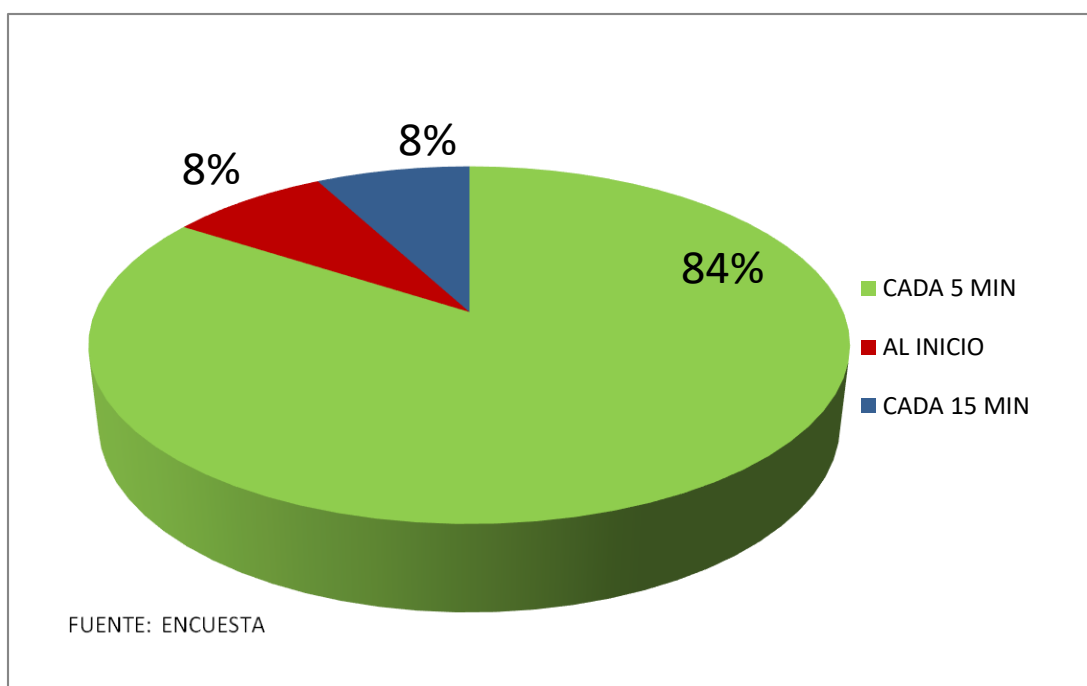
**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico Nº 5. Se puede evidenciar que el personal de enfermería realiza la valoración inicial de los signos vitales en un 63% registrando la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. El 21% registran nivel de conciencia, Función respiratoria y saturación de oxígeno. El 14% registran solo nivel de conciencia. El 3% registra el nivel de conciencia, respuesta a estímulos y función respiratoria.

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería registra con mayor frecuencia la función respiratoria y saturación de oxígeno, deja de lado el estado de conciencia y respuesta a los estímulos.



## GRÁFICO N° 6

### REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA DEL TIEMPO DE LOS SIGNOS VITALES EN CLIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018

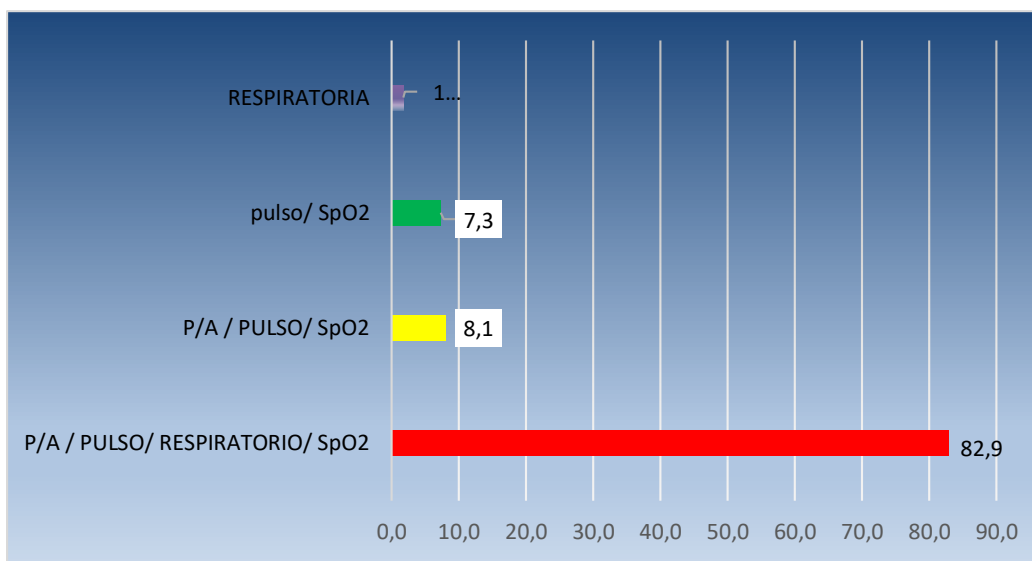


Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N°6, se pudo observar que el personal de enfermería registra el tiempo de los signos vitales más C/5min. con un 84%, C/15 min un 8% y al inicio un 8%.

**ANÁLISIS** - Se pudo evidenciar que el personal de enfermería registra el tiempo de los signos vitales con mayor frecuencia cada 5 minutos.

**GRÁFICO Nº 7**  
**REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE SIGNOS VITALES**  
**DE CLIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.**



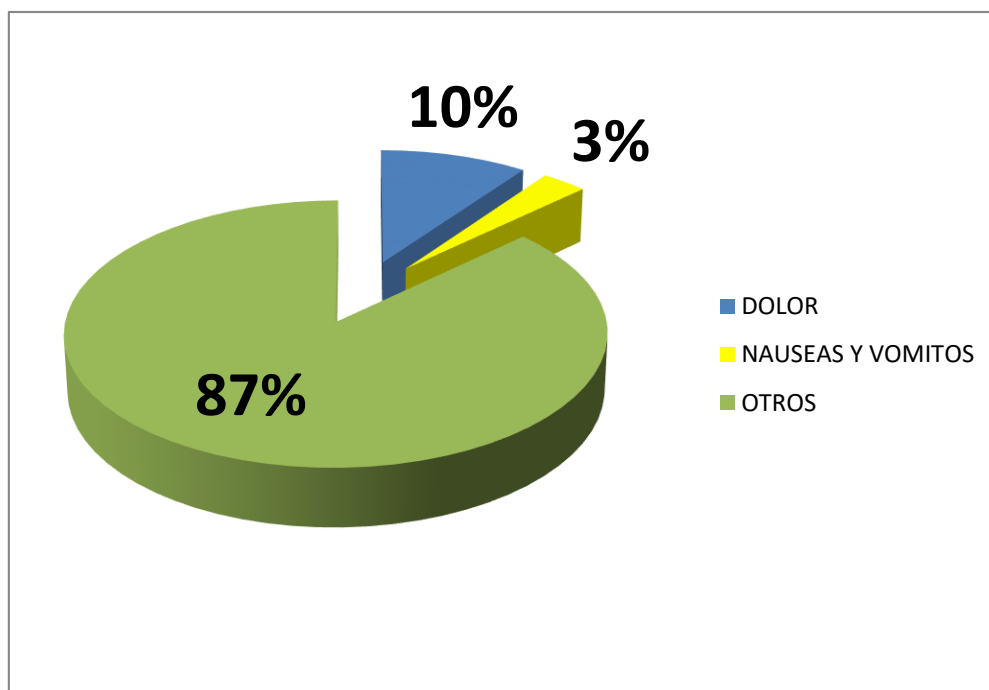
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico Nº 7 se observar que registran más la presión arterial, pulso, respiración y saturación de oxígeno en un 82.9 %. El 8,1 % registran la presión arterial, pulso y saturación de oxígeno. El 7,3% registran pulso y saturación de oxígeno. El 1,7% registra respiración.

**ANÁLISIS.** - Se pudo evidenciar que el personal de enfermería registra los signos vitales en mayor frecuencia presión arterial, pulso, respiración y saturación de oxígeno. Lo que llama la atención es que el control de la temperatura corporal pasa inadvertido

## GRÁFICO N° 8

### REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LAS ALTERACIONES SECUNDARIAS A LA ANESTÉSIA QUE PRESENTA EL CLIENTE UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.



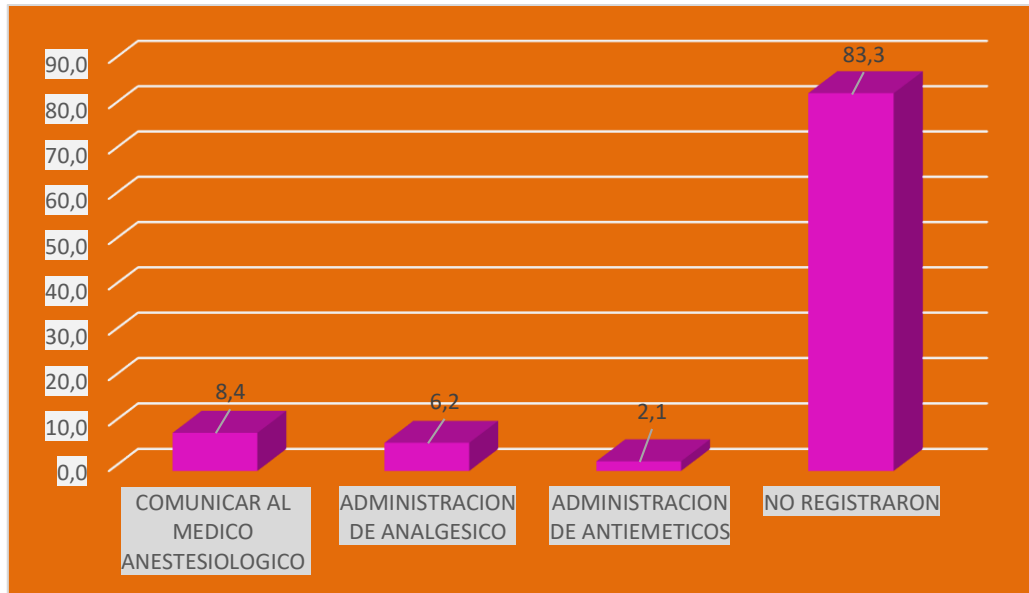
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N° 8, se puede observar que en las historias clínicas el personal de Enfermería no registra las alteraciones secundarias a la anestesia que es un 87 %. El 10% refiere dolor y El 3 % refiere náuseas y vómitos.

**ANÁLISIS.** – Se pudo evidenciar que el personal de enfermería no registra las alteraciones secundarias a la anestesia.

## GRÁFICO N° 9

### REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, CUIDADOS REALIZADOS ANTE LAS ALTERACIONES SECUNDARIOS POR LA ANESTESIA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O GESTIÓN 2017 – 2018



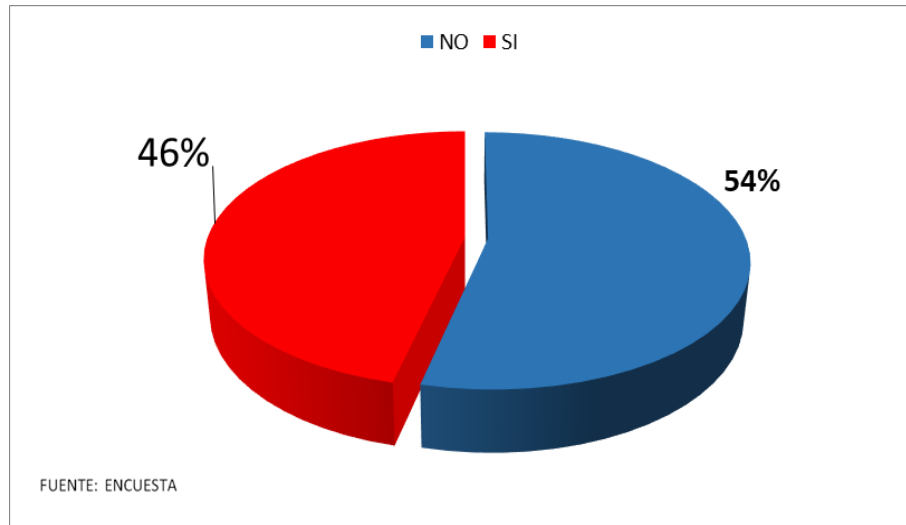
Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N°9, se puede observar que el personal de enfermería no registra los cuidados realizados el 83,3%. Comunican al anestesiólogo un 8,4%, administran analgésico un 6,2% y administran Antieméticos un 2,1%.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería no realiza los cuidados ante las alteraciones secundarias a la anestesia.

## GRÁFICO N° 10

### REGISTRO DE LA FECHA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.NO. GESTIÓN 2017 – 2018.



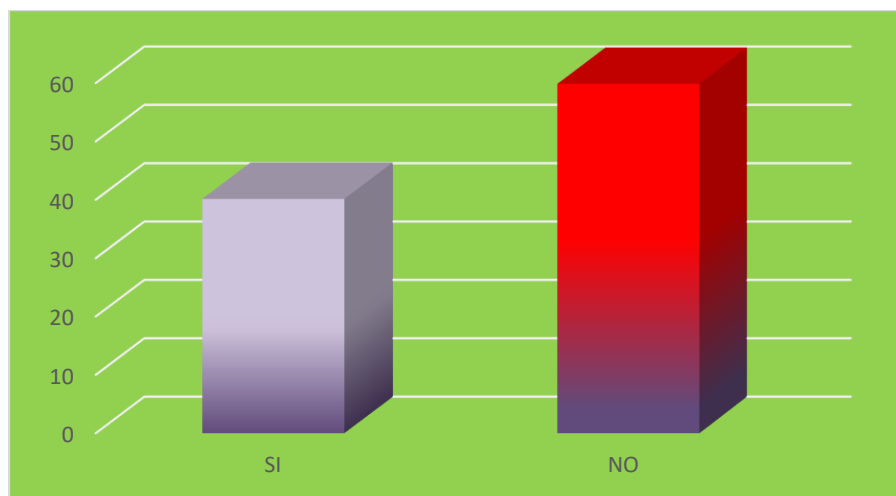
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** –En el gráfico N°10, se puede observar que el personal de enfermería registra la fecha un 46% y no registraron el 54%.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería no registra la fecha en los reportes que es un dato muy importante en las actividades de enfermería, lo que se puede deber al exceso de trabajo u olvido.

## GRÁFICO N° 11

### REGISTRO DE LA HORA EN EL REPORTE DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.NO. GESTIÓN 2017 – 2018



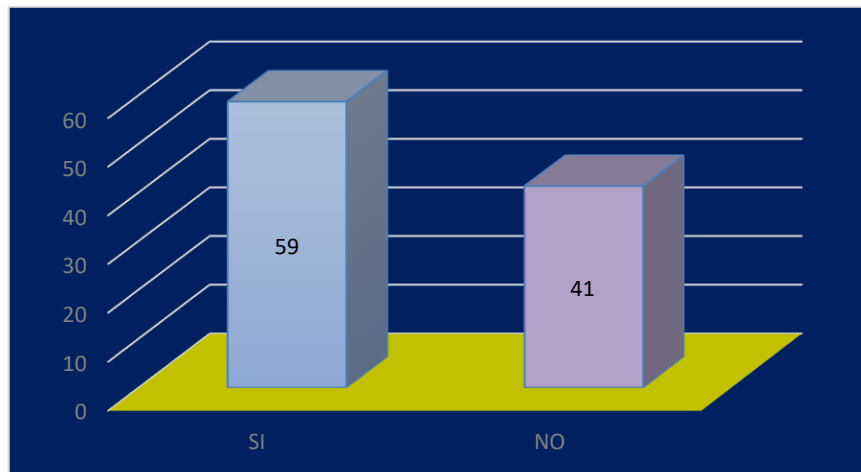
Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** –En el gráfico N°11, se puede observar que el personal de enfermería registra la hora en el reporte un 40,1% y no registraron la hora un 59,9%.

**ANÁLISIS.** – Donde se pudo evidenciar que el personal de enfermería no registra la hora en los reportes, que es un dato muy importante cuando realizamos los procedimientos de enfermería.

## GRÁFICO N° 12

### REPORTE DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, CON LETRAS CLARA Y LEGIBLES UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O GESTIÓN 2017 – 2018



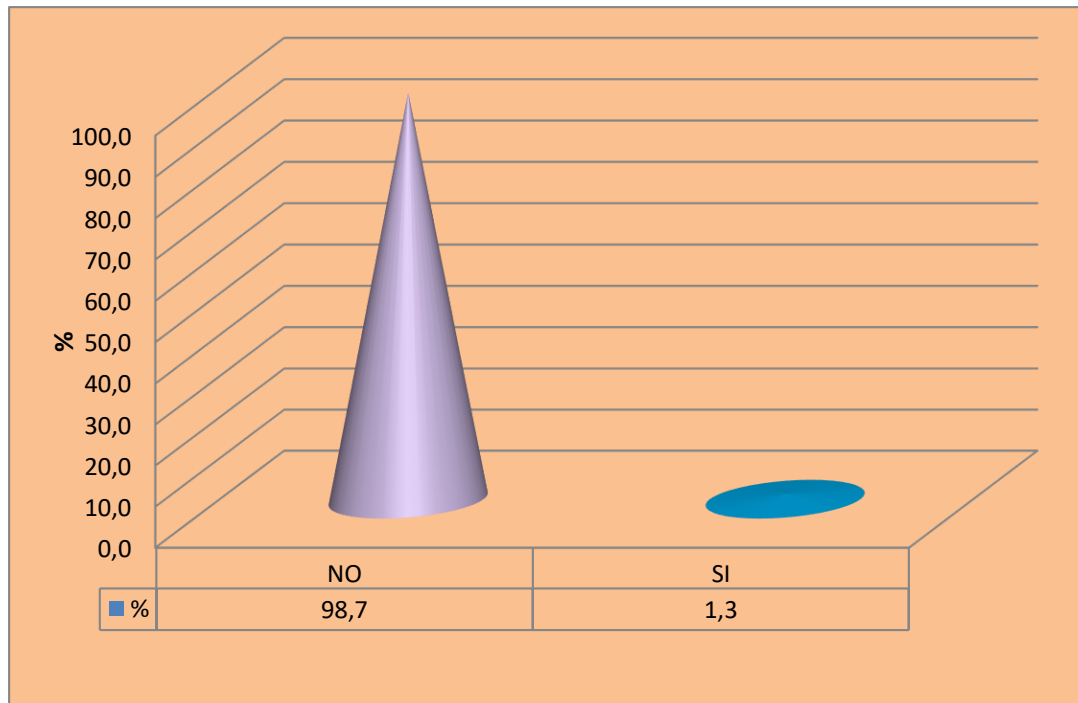
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el gráfico N°12, se puede observar que el personal de enfermería realiza el reporte con letra clara y legible un 58,7% y las que no realizaron el reporte con letra clara y legible es un 41,3%.

**ANÁLISIS.** – Donde se pudo evidenciar que el personal de enfermería realiza los reportes con letras claras y legibles en un mayor porcentaje, ya que esto es necesario cuando hay una auditoría médica.

### GRÁFICO N° 13

#### REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA, EN ORDEN CRONOLÓGICO UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICO I.N.O.2017 – 2018.



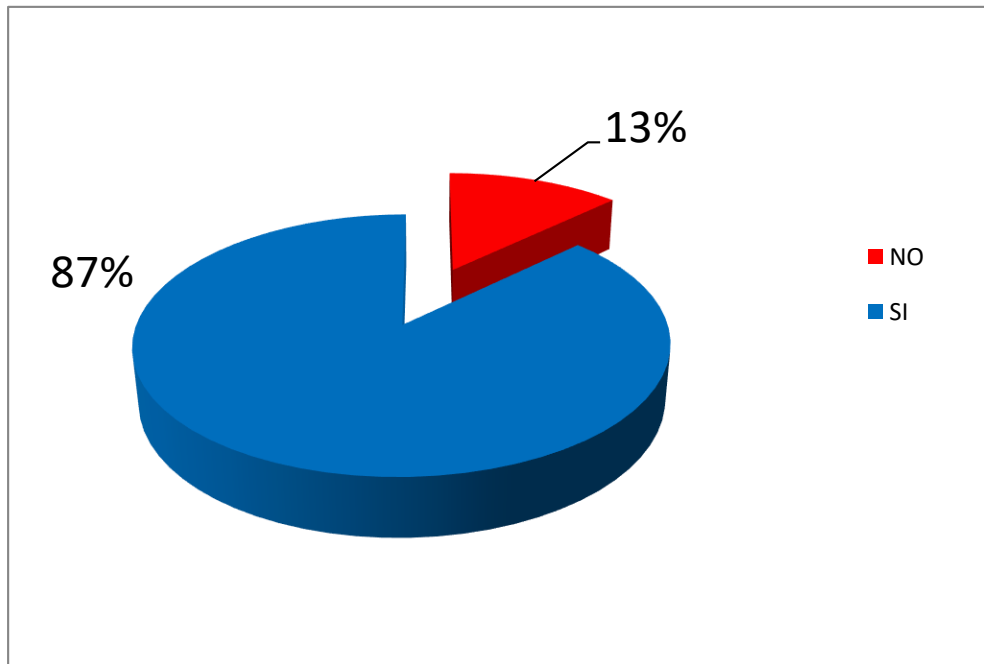
Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el gráfico N°13 se puede observar que el 98,7% los reportes de enfermería no tienen un orden cronológico y el 1,3% si realizan los reportes con un orden cronológico.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que los reportes de enfermería no llevan un orden cronológico ya que esto es tan importante porque todo reporte debe llevar una valoración inicial, diagnóstico, planificación, tratamiento recibido y su evolución.



**GRÁFICO N° 14**  
**LOS REGISTROS SON LLENADOS DE FORMA ESTANDARIZADA**  
**CON EL COLOR DE BOLIGRAFO POR TURNO**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.**



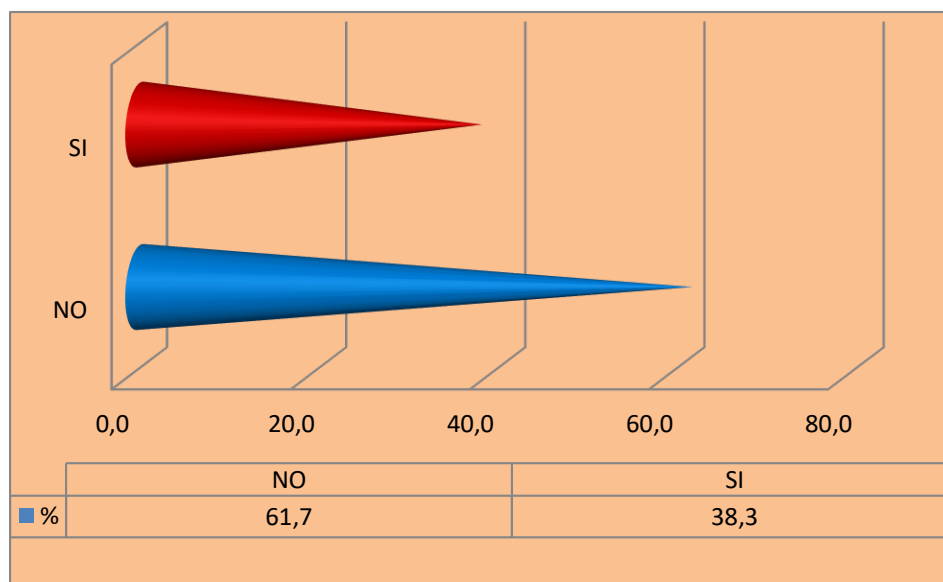
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el gráfico del N°14 se puede observar que el 87% los registros son elaborados con el color de bolígrafo establecido y un 13 % no cumple con lo establecido del color de bolígrafo.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que casi la mayor parte del personal de enfermería realiza los registros con el color de bolígrafo estandarizado según por turno.

**GRÁFICO N°15**

**REPORTES DE LA HOJA DE ENFERMERÍA,  
ES IDENTIFICADOS CON NOMBRE, FIRMA Y SELLO  
UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS  
I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018**



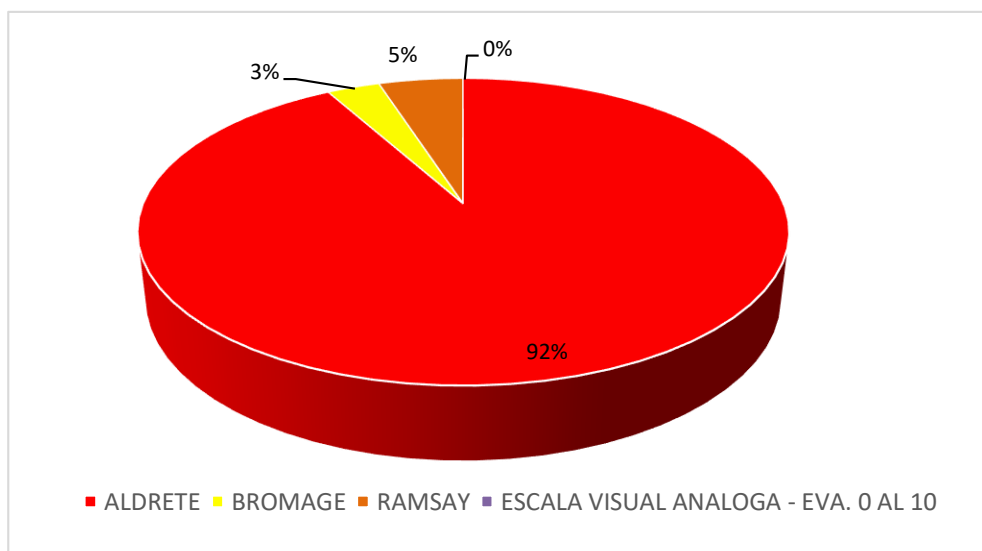
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**IIINTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N°15 se puede observar que los reportes de enfermería carecen de nombre, sello y firma, en un 61,7 % y son identificados adecuadamente en un 38,3%.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que casi la mayor parte del personal de enfermería no identifica adecuadamente los registros con su nombre, sello y firma, que es un dato muy importante para identificar a la profesional que realizó dichas actividades, esto se puede deber al exceso de trabajo u olvido.

## GRÁFICO N° 16

### REGISTROS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, CON ESCALA DE VALORACIÓN POST ANESTÉSICA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018

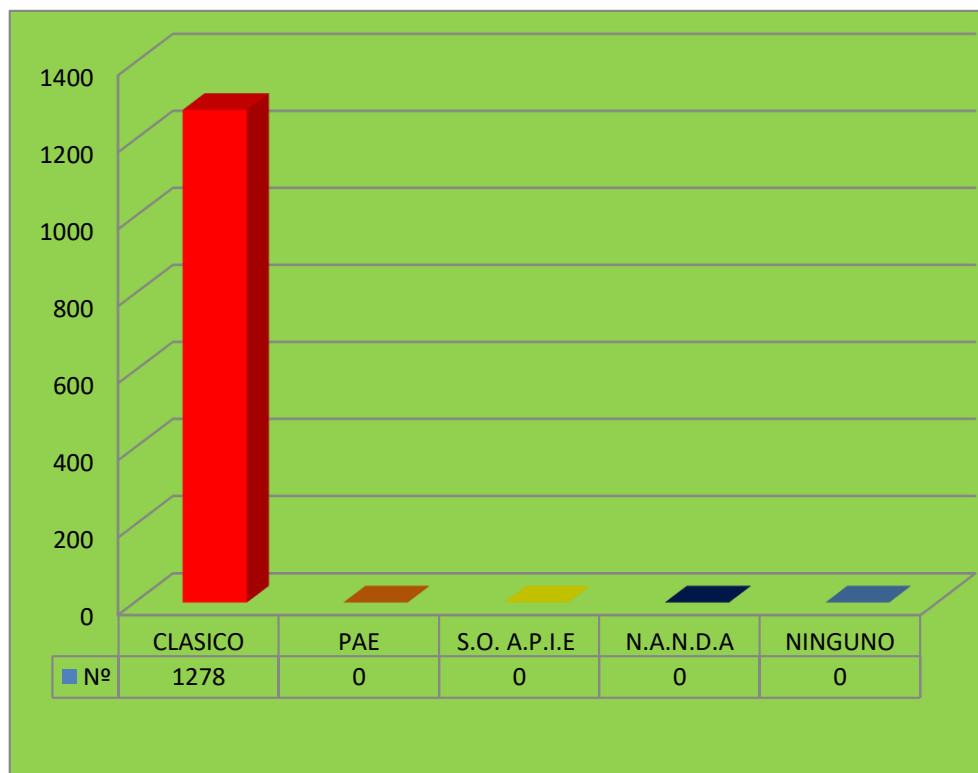


**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N° 16 se observa que el 92% registra la valoración de la escala de Aldrete. En el 3 % se encuentra registrada la escala de Bromage, mientras que solo el 5 % registró la escala de Ramsay.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede evidenciar que el personal de enfermería utiliza más la escala de Aldrete escala usados para valorar la sedación de la anestesia.

**GRÁFICO N° 17**  
**REGISTRO EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, EN BASE AL P.A.E**  
**UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS**  
**I.N.O. GESTIÓN 2017 – 2018.**



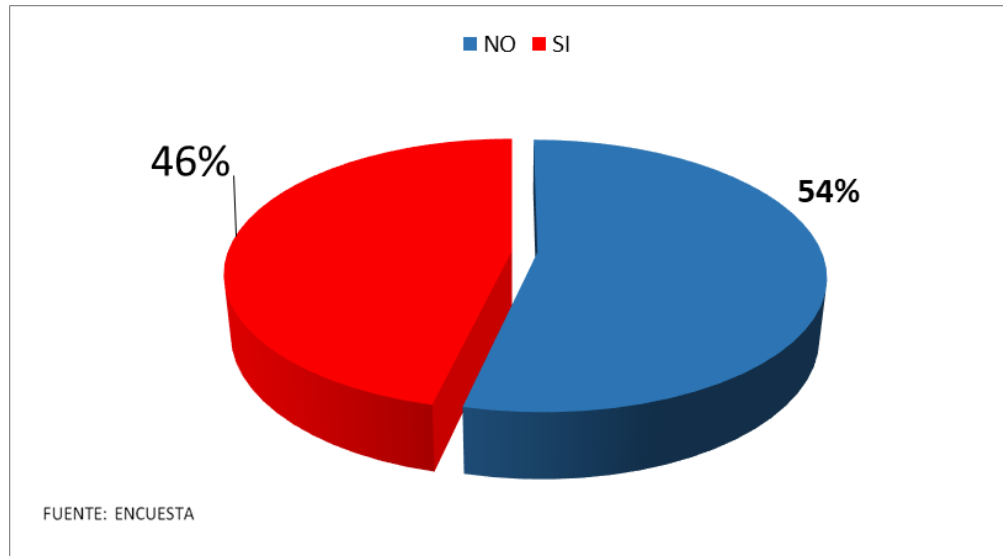
**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** – En el gráfico N°17, se puede observar que el 100% del personal de enfermería realiza un reporte clásico. El 0% del P.A.E., El 0% del S.O.A.P.I.E., y El 0% del N.A.N.D.A.

**ANÁLISIS.** - Donde se puede evidenciar que el 100 % de los reportes de enfermería no se aplica las herramientas científicas como el P.A.E., S.O.A.P.I.E., y N.A.N.D.A. que son elementos básicos dentro del Proceso de Atención de Enfermería.

## GRÁFICO N° 18

### REGISTRO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA, DE LAS CONDICIONES DEL TRASLADO DEL CLIENTE A SALAS UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017 - 2018



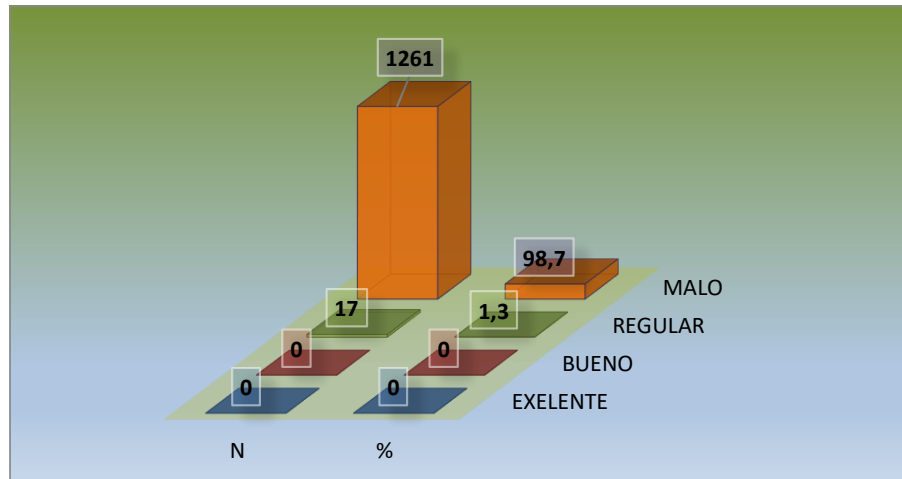
Fuente: Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N° 18, se puede observar El 73% no registra las condiciones del traslado a otro servicio del cliente y El 27% si registran las condiciones del traslado del cliente.

**ANÁLISIS.** – Donde se puede observar que el personal de enfermería no registra las condiciones del cliente cuando se va de alta del servicio de recuperación, por lo que no cumple con las normas emitidas por el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

## GRÁFICO N° 19

### CALIDAD DE REGISTRO DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS I.N.O. GESTIÓN 2017-2018

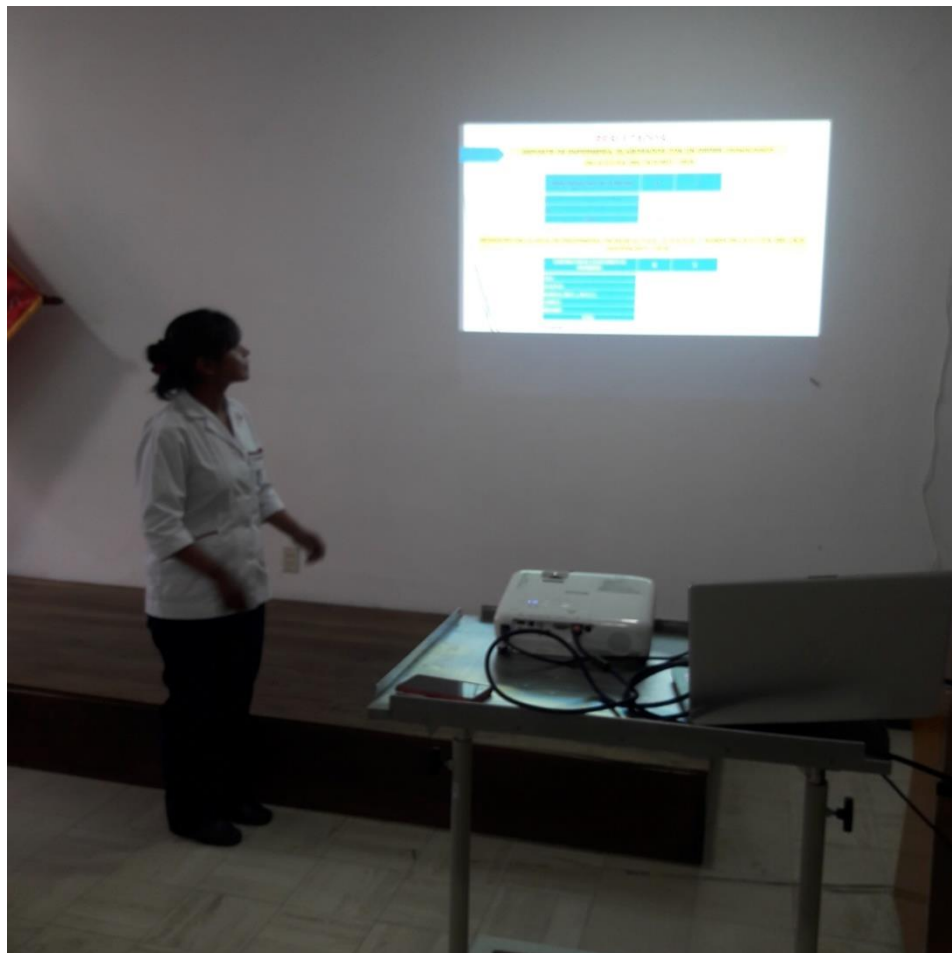


**Fuente:** Elaboración propia N.E.Z. 2017 -2018

**INTERPRETACIÓN.** - En el gráfico N° 19 se puede observar que El 1,3% tiene una regular calidad en los registros de enfermería y un 98,7% es malo.

**ANÁLISIS.** –Donde se pudo evidenciar que los reportes de enfermería de la Unidad de Cuidados Post Anestésicos del I.N.O. tienen una regular calidad en los registros de enfermería porque no cumple con las normas establecidas según JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (J.C.A.H.O.).

**FASE DE CAPACITACIÓN  
DE LA HOJA DE  
RECUPERACIÓN  
AL PERSONAL  
PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**



**FASE DE CAPACITACIÓN  
DE LA HOJA DE  
RECUPERACIÓN  
AL PERSONAL  
PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**





**FASE DE CAPACITACIÓN DE LA HOJA DE RECUPERACIÓN, AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO**



# FASE DE CAPACITACIÓN DE LA HOJA DE RECUPERACIÓN, AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

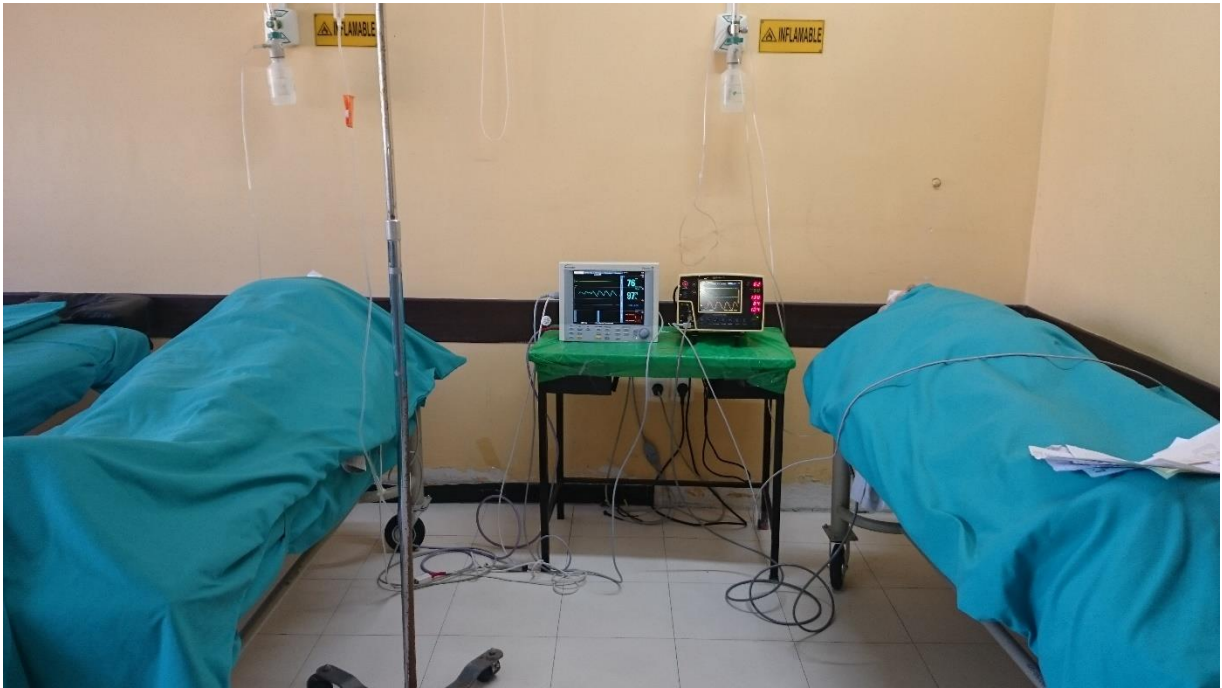




**FASE DE CAPACITACIÓN  
DE LA HOJA DE  
RECUPERACIÓN  
AL PERSONAL  
PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EL  
SERVICIO DE QUIRÓFANO**



## UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA



**FASE DE APLICACIÓN  
DE LAS HOJA DE  
RECUPERACIÓN  
EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS POST  
ANESTÉSICOS**





**FASE DE APLICACIÓN  
DE LAS HOJA DE  
RECUPERACIÓN  
EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS POST  
ANESTÉSICOS**

