



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA MEDIANTE UN
SOFTWARE EDUCATIVO EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO
INMEDIATO EN LA CLÍNICA “SANTA ISABEL” DEL DISTRITO DE SAN
BORJA, AÑO 2016.**

PRESENTADO POR:

Bach. ENCISO HUAYHUAS, CARLA

**PARA OPTAR GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN DOCENCIA
UNIVERSITARIA Y GESTIÓN EDUCATIVA**

**LIMA- PERU
2018**

DEDICATORIA

A Dios, por brindarnos la inteligencia necesaria para emprender cada día con entusiasmo y la necesidad de adquirir nuevos conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Una vez más a Dios por darnos salud y el empeño para el desarrollo de nuestra tesis.

Un agradecimiento especial a la Dra. Mery Bravo Peña por su enseñanza y su gran aporte con guías metodológicas del Proceso de Atención de Enfermería.

A nuestras colegas Enfermeras que gracias a su dedicación por aplicar el método científico en nuestra profesión nos incentivaron a realizar la presente investigación, y en especial a aquellas Enfermeras Quirúrgicas que participaron de nuestro test de evaluación.

RECONOCIMIENTO

A mi Alma Máter donde me forjé en la profesionalización académica de Maestría: Universidad “Alas Peruanas”.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo el determinar la eficacia de la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima metropolitana, año 2016. Es una investigación pre experimental, se trabajó con una muestra de 200 registros de enfermería divididos en el pre y post test. Para el recojo de la información se utilizó una ficha de evaluación de 29 ítems, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el Kuder Richardson KR20 con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante la t de Student con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Según nuestros hallazgos el resultado de la Implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja 2016, en el Pre Test fue Adecuada en un 72% con un Promedio de (14) y en el Post Test fue Adecuada en un 100% con un Promedio de (20). Este mejoramiento en el promedio se debió a la eficacia en la implementación del software educativo, haciendo una diferencia significativa de promedios de (-6). Se comprobó mediante la t-Student con un valor de 8,961; con 99 grados de libertad y con un nivel de significancia de $0,000 < p$

PALABRAS CLAVES: *Implementación, software educativo, registros de enfermería, atención post operatorio inmediato.*

ABSTRACT

The present research had as objective the effectiveness of the implementation of the registries of the nursing through educational software in the immediate post-operative attention in the clinic "Santa Isabel" in the district of San Borja, Lima Metropolitana, 2016. It is a pre experimental research, he worked with a sample of 200 nursing records divided into pre and post test for the gathering of information an assessment sheet of 30 items was used, the validity of the instrument was performed by test concordance of expert judgment obtaining a value 0.86; reliability was performed by Kuder Ricardson KR20 with a value of 0.91, hypothesis testing was performed using the T-Student with a significance level of $p < 0.05$.

According to our findings the result of the implementation of the registries of the nursing through educational software in the immediate post-operative attention in the clinic "Santa Isabel" in the district of San Borja 2016, in the pretest it was adequate in 72% with average (14) and Post Test was adequate in 100% with an average (20). This improvement was due to the average efficiency in the implementation of educational software, making a significant difference in average (-6). They checked it {or by t-Student with a value of 8,961; witch Libertas 99 degrees and with a significance level of 0,000 p

KEYWORDS: *Implementation, educational software, nursing records immediate postoperative care.*

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	ix

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÒGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	2
1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL.....	2
1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	3
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	3
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	3
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	3
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	5
1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS.....	5
1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).....	6
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	8
a) TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	8
b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
a) MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	8

b) DISEÑO DE INVESTIGACION.....	8
1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
a) POBLACIÓN.....	9
b) MUESTRA.....	9
1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	9
a) TÉCNICAS.....	9
b) INSTRUMENTOS.....	10
1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
a) JUSTIFICACIÓN.....	10
b) IMPORTANCIA.....	13
c) LIMITACIONES.....	14
 CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2. BASES TEÓRICAS.....	23
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	61
 CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	
3.2. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	64
3.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS	
3.4. DISCUSION DE RESULTADOS	
CONCLUSIONES.....	100
RECOMENDACIONES.....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
 ANEXOS	
1. INSTRUMENTO	
2. AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN	
3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS	
4. PRUEBA BINOMIAL	
5. PRUEBA DE HIPÓTESIS	
6. DATA DE RESULTADOS DE LISTA DE CHEQUEO	
7. PROGRAMA EDUCATIVO	
8. IMÁGENES DE SECCIONES EDUCATIVAS	
9. IMÁGENES DEL SOFTWARE	
10. REGISTRO DE ENFERMERIA CONVENCIONAL	
11. REPORTE DE REGISTRO DE ENFERMERÍA - IMPLEMENTADO	
12. MATRIZ DE CONSISTENCIA	

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería es ciencia y arte dedicada al cuidado de la salud de seres humano desde un punto de vista holístico. Son cuatro sus áreas de trabajo que son asistencial, administrativo, docencia e investigación. Una de sus funciones en el desempeño de su trabajo en el área asistencial es el registro de Enfermería cuyo objetivo es consignar datos relevantes, legibles y oportunos del paciente. La documentación es un aspecto legal de la práctica de enfermería.

La investigación tiene como propósito introducción en el área de registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato un nuevo instrumento que sea más confiable, objetivo y funcional que permita recabar los datos con prontitud y eficacia para satisfacción de los involucrados en la Institución Médica, lo que implicaría introducir una modificación significativa que permita el trabajo y control de los clientes con mejor objetividad, diversificación y calidad de servicio.

Aplicando una investigación de carácter pre experimental se desea hacer un estudio comparativo entre los registros utilizados por la institución médica con la introducción de una propuesta a fin de determinar su valía tecnológica.

Si bien es cierto que el sistema de control ha sido y es útil, sin embargo la tecnología de punta requiere instrumentos más fluidos y veloces para una mejor atención y por consiguiente el cliente se sienta seguro y satisfecho del servicio prestado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La enfermería es ciencia y arte dedicada al cuidado de la salud de seres humano desde un punto de vista holístico, humanista y ético. Son cuatro sus áreas de trabajo que atiende permanentemente como el área asistencial, el área administrativa, la docencia e investigación permanente. Una de sus funciones en el desempeño de su trabajo en el área asistencial es el registro de Enfermería cuyo objetivo es consignar datos relevantes, legibles y oportunos del paciente. La documentación es un aspecto legal de la práctica de enfermería que garantiza solemnemente la calidad del servicio en los usuarios.

La administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión dispuestas por la American Nurses Association (A.N.A.) que consignan recomendaciones y mandamientos que todo profesional médico y asistencial deben cumplir.

Algunas instituciones Internacionales como la JCHO comisión acreditadora de hospitales en EEUU donde señala que “El profesional de Enfermería Debe buscar continuamente la mejora de la calidad” a través de auditorías de sus registros basados en normas establecidas como el SOAPIE.

En nuestro país los registros de Enfermería basados en SOAPIE Y PAE son una exigencia legal y un indicador hospitalario de calidad establecido en la” Ley de la Enfermera peruana”, Ley 27669 y reconocía por el Ministerio de Salud del 2001.

Son múltiples los estudios que evidencian notables observaciones en cuanto a la Calidad de los registros de Enfermería, así también se muestran guías Y programas de capacitación para registro correcto de actividades de enfermería así como el uso del SOAPIE.

Sin embargo no se ha encontrado datos de estudios en cantidad y porcentaje de profesionales de enfermería que haga uso correcto de registros de sus actividades en la atención del paciente a nivel nacional, solo en determinadas instituciones hospitalarias.

En el servicio de Centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel se encontró un formato de registro del postoperatorio inmediato de enfermería, pero no proporciona evidencia científica de proceso de atención de la enfermera.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El presente trabajo se desarrollará en la clínica “Santa Isabel”, en el distrito de San Borja de Lima Metropolitana y que viene funcionando desde hace más de tres décadas

1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL

Se trabajará con Enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico Y que cumplen su labor profesional a tiempo completo.

1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se investigará en los registros que realizan las profesionales de Enfermería en post operatorio inmediato de la clínica “Santa Isabel” del distrito de San Borja durante el año 2016, del cual, se tomará en cuenta 200 casos.

1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Se estudiarán los conceptos de Software educativo y Registros de Enfermería:

- **Conceptualización del software.-** Es el uso de la informática como herramienta para el docente, el software educativo de mi propuesta es diseñado con la finalidad de ser utilizado en el contexto del proceso de enseñanza – aprendizaje de registros de enfermería en el post operatorio inmediato en una institución médica.
- **Registro de enfermería.-** Es el documento legal, completo y exacto de los acontecimientos, las necesidades, cuidados brindados al paciente y los resultados de las actuaciones del profesional de enfermería.

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la eficacia de la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima metropolitana, año 2016.

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cómo elaborar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016?
- ¿Cómo aplicar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016?

- ❑ ¿Cómo evaluar la eficacia de un software educativo para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016?

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- ❑ Determinar la eficacia de la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima metropolitana, año 2016

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❑ Elaborar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.
- ❑ Aplicar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.
- ❑ Evaluar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

- ❑ La implementación de un software educativo tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- ❑ La elaboración de un software educativo tendría una eficacia significativa para los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.
- ❑ La aplicación de un software educativo tendría una eficacia significativa para los registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” del Distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.
- ❑ La evaluación de la aplicación de un software educativo tendría eficacia significativa en los registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

1.5.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

VARIABLE X: Software educativo

- **Definición conceptual.** Software Educativo por su rol que cumple en el proceso de aprendizaje, es considerado como parte del material educativo, enmarcándose como Material Educativo computarizado (MEC). (Galvis Panqueva, 1994, pág. 9)

VARIABLE Y: Registro de enfermería.

- **Definición conceptual.** Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. (Martinez Ques, 2004, pág. p.54)

1.5.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tipo de Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Variable X: IMPLEMENTACIÓN DE UN SOFTWARE EDUCATIVO	El software educativo como parte de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC) es el uso de la informática como herramienta para el docente, los software educativos son diseñados con la finalidad de ser utilizados en el contexto del proceso de enseñanza – aprendizaje.	Diseño	Didáctico: contiene cinco imágenes con información importante y test usados en la unidad de recuperación.
			Interactivo: contiene opciones de respuesta, cuadros para ingreso de texto, ingreso de cantidades que serán sumadas por el programa, dando como resultado un reporte de los datos ingresados. Asegura que los datos sean ingresados en los campos, si se omite aparece un aviso. Ordenado: refleja presentación y redacción.
			Registra: fecha y hora, nombre de la enfermera que realiza la atención número de colegio
		Contenido	Datos generales del paciente.
			SOAPIE
			Listado de diagnósticos de enfermería, 5 imágenes didácticas y un video tutorial.

Tipo de Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
Variable Y: REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO	Es el documento legal de los acontecimientos, las necesidades, cuidados brindados al paciente y los resultados de las actuaciones del profesional de enfermería en el post operatorio inmediato.		
		Registro convencional:	Registro membretado de la clínica. - Formato escrito
		Datos del paciente	Nombre de paciente, HC, fecha, hora de ingreso, cirujano, anesthesiólogo
		Antecedentes	DM, HTA, asma, alergias otros
		tipo de Anestesia	General, regional
		Indicaciones médicas inmediatas	Monitoreo Oxigeno terapia Analgesia Escala de Aldrete
		Funciones Vitales	Pulso, presión arterial y respiración
		Balance hídrico	ingreso, egresos e irrigación
		Cuadro de notas de enfermería	Hora, terapéutica, notas de enfermería, firma y sello

Fuente: Creación de la investigadora (2016)

1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

□ TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de Investigación de acuerdo al enfoque es cuantitativo se busca la recolección de datos se fundamenta en la medición, debido a los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar a través de métodos estadísticos.

□ NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es pre experimental, pues se analiza la variable que son los registros de enfermería (pre prueba) luego se implementa (condición experimental) y finalmente se vuelve a medir (pos prueba) a fin de identificar cambios o mejoría en el proceso.

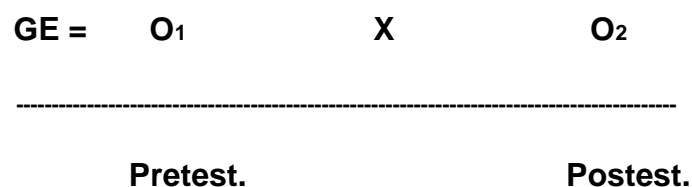
1.6.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

□ MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Considerando que los métodos son las formas en que se aborda o se enfrenta la investigación en relación a la postura o posición del investigador, en el presente estudio se asume como método de investigación general el método Hipotético deductivo.

□ DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se usará el esquema correspondiente a la investigación Pre experimental.



Donde:

GE: Grupo sometido al uso del Software experimental

X: Aplicación del Software como experimento.

-----: Aplicación muestra No probabilístico.

O1: Observaciones obtenidas antes de la aplicación del software.

O2: Observaciones obtenidas después de la aplicación del software.

1.6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** Se evaluarán 200 registros de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica, 100 de los cuales correspondería a la evaluación del formato dispuesto por la clínica, y 100 registros con el nuevo formato que se elaboró de acuerdo a la implementación del software.

- **Muestra:** Conformada por los 200 registros, puesto que existen pocas unidades de análisis. Todos los registros intervienen en la evaluación y recolección de datos.

1.6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

■ TÉCNICA

En el desarrollo de la investigación se aplicarán las siguientes técnicas:

- **Fichaje**, para el registro de textos, fuentes electrónicas, artículos e investigaciones relacionadas con la investigación.

- **Lista de chequeo** para revisar si los 200 registros de enfermería cumplen con los criterios específicos en la atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel.

- **Análisis de datos**, para recolectar la información de puntajes de las áreas de estudios comparativos del grupo de registros sujetos al experimento.

■ INSTRUMENTO

Ficha de evaluación en la cual se verifican los registros de enfermería en post operatorio inmediato dándole el valor de 1 si registra el enunciado y cero "0" en caso de que no se registre.

1.6.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

■ JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los documentos escritos en la Historia Clínica como los son los registros de Enfermería tienen como prioridad brindar información, la ausencia de estos es un problema serio en la práctica profesional de salud. Actualmente se observa gran interés por conocer y generar información y/o documentación difundirla, intercambiarla y aplicarla contribuyendo así al avance de la profesión.

El registro de Enfermería es una evidencia científica tangible útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, describe información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud, además son documentos importantes que apoyan la investigación.

En la práctica diaria en la clínica Santa Isabel en el área de centro quirúrgico no hay evidencia de registro de enfermería que respalde su trabajo de manera científica.

Por tanto se hace importante la implementación del registros de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel de tal forma que proporcione evidencia científica del trabajo de la enfermera especialista en centro quirúrgico y registre la atención integral que se le brinda al paciente quirúrgico haciendo uso de la TIC, beneficios que favorecerán en primer lugar al paciente en la continuidad de los cuidados de calidad que él reciba, también evitará así el error o mala interpretación oral, favorecerá la comunicación

profesional e interprofesional, este instrumento servirá de marco referencial para estadísticas, informes, referencias y/o en caso de producirse un evento adverso o de otra naturaleza tal como auditorías, que requiera revisión de la documentación sobre alguna cirugía específica.

Estos son los motivos que impulsan el presente trabajo de investigación.

■ JUSTIFICACIONES PEDAGÓGICAS:

La investigación se justifica porque permite realizar un estudio relacionando la aplicación de las herramientas tecnológicas educativas virtuales y el registro de atención de Enfermería en el postoperatorio inmediato del profesional de Enfermería de la clínica Santa Isabel 2016.

También se justifica la investigación en la Teoría del Aprendizaje Significativo plantea que "El aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento,".

Este aprendizaje no se realiza en "mentes en blanco" los alumnos tienen conocimientos previos a los cuales serán incluidos nuevos conocimiento para así lograr un aprendizaje significativo (Ausubel, Novak, & Hanesian, 1983, pág. 18)

■ JUSTIFICACIÓN LEGAL

La investigación se fundamenta en las siguientes normas legales:

1.-Ley General de Educación N° 28044 del Ministerio de Educación (2012) la cual en sus artículos 3, 6,13, 22, 40 y 57, mencionan que:

La Educación es un derecho que tiene las personas, a una formación ética, a recibir una educación de calidad, donde la sociedad debe velar porque estos derechos se cumplan a cabalidad. Se menciona así mismo la necesidad de producir conocimiento y desarrollar investigación a través de una acreditación de mejoramiento, perfeccionamiento y merito a mejor nivel y a una mejor compensación económica.

2.-Ley Universitaria N° 30220 (2014). En el Artículo 6:”Fines de la Universidad, Promover, realizar y difundir la investigación científica, tecnológica y humanística, la creación intelectual y artística, con sentido de responsabilidad social”

Conforme lo reglamenta la ley del trabajo del enfermero peruano:

3.- Ley del Trabajo del Enfermero Peruano (2002)

Artículo 5°.- Del cuidado integral de enfermería

El cuidado integral de enfermería se brinda en las siguientes áreas:

a) Área asistencias: Mediante la interacción enfermera (o) – usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en todos los servicios intra-extra hospitalarios y en los que sean necesarios.

b) Área administrativa: Aquí se desarrollan procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los establecimientos dedicados a la atención de la salud y otros afines.

c) Área docente: Dedicada a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en salud dirigido a:

- La formación de enfermeras (os)
- La capacitación en postgrado
- La educación continua en enfermería.
- La formación y educación continua del personal técnico, auxiliar de enfermería y otros fines
- La participación en la formación de otros profesionales.
- La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad.

d) Área de investigación: El trabajo en esta Área está dirigido a:

- Realizar y/o participar en estudios de investigación en el área de su competencia, contribuyendo al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la sociedad.
- Formular y desarrollar con el equipo multidisciplinario, planes, programas y proyectos en el campo de la salud para la solución de problemas de la sociedad.

4.- Código de ética y deontología de la enfermera peruana, el capítulo V: la enfermera en docencia e investigación. Colegio de Enfermeros del Perú(2009)

Artículo 54º.- Es deber de la enfermera(o) demostrar una sólida formación científica, técnica y humanística que la conduzca a la certificación, asegurando una preparación profesional de alta calidad.

Artículo 55º.- Es deber de la enfermera(o) incentivar a través de su ejemplo profesional la formación ética y deontológica de los estudiantes de Enfermería.

Artículo 56º.- Es deber de la enfermera(o) estimular el pensamiento analítico, crítico y reflexivo en los estudiantes de Enfermería en la toma de decisiones éticas.

■ IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de un software educativo contribuye a elevar la calidad de la enseñanza de los registros del proceso de atención del profesional de Enfermería al paciente post operado inmediato, pues se proporciona una herramienta de aprendizaje que puede ser aplicada por la Enfermera docente.

El diseño y el contenido del software educativo permiten que usuario del software adquiera conocimientos con mayor facilidad.

Este software educativo considera diversos aspectos como son: Datos de paciente, antecedentes de enfermedades, Tipo de anestesia, test de: ADRETTE, RASS, EVA, Condiciones de ingreso, Monitoreo de Funciones. Diagnósticos de Enfermería, Notas de Enfermería (uso de SOAPIE).

Además la capacidad para almacenar información del Software permitirá observar datos de registros anteriores que se podrán usar para facilitar información para estadística e investigación.

1.6.8. LIMITACIONES.-

El software educativo de registro de atención de Enfermería en el postoperatorio inmediato será para uso exclusivo del personal profesional de Enfermería en el área de Recuperación de la Clínica Santa Isabel, en la cual se documentaran las funciones que realiza para garantizar la atención de calidad al paciente.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

* Morales Loayza (2011) en su estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal titulado *Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua I semestre año 2011*; El principal aporte de esta investigación nos demuestra que las notas de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua correspondientes al primer semestre del año 2011 no son de calidad. 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 estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).

* Alvarez Gutierrez (2004) en su tesis de tipo de estudio cualitativo descriptivo, titulado *Evaluación de los sistemas de registro en la atención de enfermería unidad de Neonatología del Hospital Regional de la ciudad de Valdivia, año 2002*, Infiere: se llevó acabo sobre la base de una muestra aleatoria, la elección fue al azar de 45 hojas de enfermería por mes, de un universo total de 2710 correspondientes al primer semestre del año 2003. Por lo tanto la muestra total comprendió 270 casos.

El aporte de este estudio evidencia que existen falacias respecto a los registros de enfermería y las necesidades para la unidad que pueden solucionarse a través de capacitaciones y evaluaciones. Sería de gran ayuda contar con un instructivo confeccionado específicamente con la unidad según la norma universal de registros que reúna requisitos básicos para la realidad de la unidad.

* Gonzales Gutiérrez (2007), Tipo de estudio prospectivo transversal de tipo correlacional titulado *Evaluación de la calidad de los registros de enfermería de Santiago de Querétaro, 2007*. El aporte de la presente investigación nos demuestra que existe necesidad de mejora, se observó que solo 62.6 % del personal de enfermería registran adecuadamente los medicamentos que administran, 93.1% no registra u omite la cantidad de soluciones que administra durante su turno y la cantidad que queda para el siguiente turno. Se omiten datos importantes por lo que son incompletos, registra información repetida, no plasma datos relevantes del estado del paciente, también anotaciones ilegibles, con tachaduras e enmendaduras, la enfermera no realiza registro y firma.

* Curbelo Mena, Águila Moya, Ruiz Pérez, Rodríguez Leiva, & Pérez Contreras (2013) En su estudio titulado *Software educativo de Morfofisiología con enfoque interdisciplinario para tercer año de Licenciatura en Enfermería*

Fundamentación: Las nuevas tendencias pedagógicas requieren que los profesores aborden los contenidos fundamentados en una enseñanza productiva y no memorística, lo que unido al uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) facilitan la adquisición de los conocimientos. Métodos: Se realizó una investigación de desarrollo con el objetivo de diseñar un software educativo con enfoque interdisciplinario para el perfeccionamiento del proceso enseñanza aprendizaje de la Morfofisiología. Se utilizaron métodos del nivel

teórico, empírico, matemático y estadístico. Aportes y conclusiones: El criterio valorativo de los especialistas fue positivo, reconocen que el software tiene enfoque metodológico y didáctico útiles para reforzar el aprendizaje teórico y práctico de la disciplina, por lo que queda aprobado para su aplicación.

* Mederos Villalon, L (2006 -2007) en su trabajo titulado *Tutorial para el personal de enfermería en la atención al paciente politraumatizado, Santa Cruz del Norte, Cuba en 2006 – 2007*, donde se realizó un estudio de Desarrollo Tecnológico en el municipio Santa Cruz del Norte entre los años 2002 – 2008, con el objetivo de elaborar el software educativo de tipo tutorial (POLITRAUM) que contribuya al fortalecimiento de los conocimientos teórico – prácticos y a potenciar las habilidades

APORTE Y RESULTADOS: Se obtuvo un software educativo de tipo tutorial (POLITRAUM) dirigidos a las licenciadas en enfermería que trabajan en la atención primaria en salud del municipio Santa Cruz del Norte, provincia la Habana. Este software contiene los cuidados inmediatos a seguir en la atención prehospitalaria al paciente politraumatizado. POLITRAUM contiene una galería de imágenes y ejercicios de autoevaluación que contribuyen a potenciar el proceso de aprendizaje. POLITRAUM fue evaluado de apto por expertos desde el punto de vista de su fiabilidad conceptual, pedagógica y funcional.

* Schachner (2014) En un estudio titulado *Implementación de un Registro electrónico para Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto. Departamento de Informática en Salud, Hospital Italiano de Buenos Aires, 2014.*

El Proceso de Atención en enfermería (PAE) describe el proceso mental que realiza el personal de enfermería cuando imparte cuidados a los pacientes. El objetivo de este trabajo es describir la implementación de un registro para enfermería en un área de cuidados intensivos del adulto siguiendo los fundamentos del PAE. Se desarrolló un módulo de registro para enfermería (Administración, Balance, Signos Vitales y Valoración). Se implementó en forma escalonada y progresiva y se capacitó a un total de 86 enfermeros. Palabras Claves: Enfermería, PAE, Historia Clínica Electrónica.

Conclusiones La experiencia de informatización de este sector fue muy buena ya que se contó con el apoyo de la gran mayoría de los profesionales y creemos que la capacitación previa y el consenso entre todos los actores fue un punto a favor para poder llevar a cabo el gran cambio que implicó este nuevo registro electrónico para enfermería

* Bonilla Zafra & Carmona Monge (2013) realizaron un estudio sobre *“informatización de los registros enfermeros en una unidad de cuidados críticos. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón Madrid. Con experiencia práctica tras un año de utilización, en la Unidad de Cuidados Críticos y Reanimación. Este trabajo se manifiesta todos los problemas derivados de su puesta en marcha así como aquellas ventajas e inconvenientes surgidos de su uso cotidiano, proponiendo, asimismo, una serie de mejoras destinadas a todos aquellos hospitales que vayan a iniciar una experiencia de características similares. Análisis retrospectivo del proceso de implantación del sistema. Discusión con los usuarios y responsables de su configuración sobre las ventajas e inconvenientes de las medidas correctoras aplicadas. El comienzo de la utilización clínica del sistema se realizó de manera progresiva duplicando inicialmente (a lo largo de un mes) la recogida de datos en soporte de papel para evitar la pérdida de información.*

Resultado. Tras el año de empleo del programa se han detectado una serie de ventajas e inconvenientes. Evaluación continua de las dificultades del manejo del sistema por parte de un grupo de profesionales.

* Torres Santiago, R & Zárata Grajales, A (2011) En un estudio titulado *Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación, Enero – marzo 2011, manifiesta que la investigación tuvo como Objetivo: Construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería. Metodología: Partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética entre otros. Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos*

de enfermería (CARE) en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente.

Aporte y resultados: Para obtener la confiabilidad se utilizó el coeficiente Kuder-Richardson. Se aplicaron pruebas no paramétricas U de Mann-Whinney y Kruskal Wallis para determinar el poder de discriminación entre las variables obteniendo diferencias estadísticamente significativas $p=0.0001$.

Coincidiendo con el Modelo con instrumentos para evaluar el grado en que los registros describen aspectos importantes del paciente en relación con la atención de enfermería. El instrumento CARE aquí propuesto concuerda con los autores mencionados en virtud de que integra la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. Conclusiones: El instrumento reúne los elementos esenciales de confiabilidad y validez así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior se propone como un instrumento para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada.

* Schachne, et al, (2012) Realizaron un estudio titulado, *Informatización del proceso de atención en enfermería en un hospital de alta complejidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Los sistemas de información en salud requieren para ser completos, poseer todos los datos provenientes del correcto registro del proceso de atención en enfermería. Existen diferentes experiencias internacionales donde el registro electrónico mejora la completitud de los datos en comparación al modo manual. El presente trabajo describe la experiencia obtenida a partir del relevamiento para el desarrollo de un sistema de registro de la actividad de enfermería en el marco de una historia clínica electrónica.

El aporte de la investigación: No puede clasificar todas las fases del proceso de atención, posee dificultades en el registro de diagnósticos, llegando a la conclusión que es necesario cambiar el modelo de registro a un sistema informatizado.

Se propone que la perspectiva de enfermería en el diseño e implementación de una HCE, requiere un conocimiento profundo de cinco áreas principales: tecnología, organización, sistemas de información, conocimiento práctico de la actividad realizada por los enfermeros y liderazgo, para poder manejar el proceso de información, a fin de facilitar el flujo eficiente de la información y comunicación para la correcta toma de decisiones.

* Leon Roman,C (2008), en su estudio titulado *Aplicación del método cubano de registro clínico del proceso de atención de enfermería presentada en el periodo comprendido de junio de 2004 a febrero de 2007. La Habana 2008*. En una muestra seleccionada de 510 profesionales, de ellos 265 (52.0 %) eran licenciados en enfermería y 245 (48.0 %) médicos. Se empleó el análisis documental, entrevista a expertos, ficha de registro para comparar el indicador de calidad de los registros clínicos y encuestas a los profesionales de las unidades de salud seleccionadas.

Los resultados sobre la esfera intelectual de los enfermeros, revelaron que 62.1 % manifestó una mejoría mediana del nivel cultural, 62.7 % que mejoró mucho el nivel científico, 64.3 % que mejoró mucho la capacidad para tratar los problemas de salud, 65.3 % manifestó que aumentó mucho la realización de investigaciones La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería repercutió de manera positiva en la esfera intelectual y laboral de los enfermeros. La mayoría de los profesionales consideraron oportuno realizar adecuaciones al Método de Registro, las que quedaron reflejadas en esta investigación.

El Método Cubano de Registro Clínico del Proceso de Atención de Enfermería obtuvo criterios positivos en cuanto a su factibilidad, científicidad, beneficio investigativo y carencia de gasto económico adicional. Recibió criterios medianamente positivos, la estructura y la adaptabilidad en los tres niveles de atención. Solamente la aceptación del Método, no recibió criterios positivos. Se consideró oportuno realizarle adecuaciones, las que quedaron reflejadas en la investigación.

* Gutiérrez Valverde,J (2004) en su estudio titulado *documentación de enfermería en el expediente electrónico por México 2004* con un diseño de

estudio de tipo exploratorio se analizó completo y preciso de las notas de enfermería documentadas en el expediente electrónico, a los seis meses y al año posterior a la implementación del expediente electrónico por enfermería. Los expedientes fueron en total 1440 notas de enfermería. Se consideraron los primeros 80 expedientes electrónicos de pacientes hospitalizadas a los seis y doce meses de inicio del sistema que cubrieron los criterios de inclusión, cuyo resultados Respecto a los datos de identificación de las pacientes como son identificador o número de expediente, nombre, edad, fecha de ingreso, diagnóstico, tipo de cirugía, fecha de egreso y firma de la enfermera responsable se encontró que el 100% de los expedientes estaba documentado en forma completa. Respecto a la documentación de los datos del SOAPIE, en la tabla 1 se observa que el 100% de los expedientes tiene documentado los datos subjetivos, objetivos e intervenciones en el apartado correspondiente; sin embargo, se encontró que en un 8.75% de los expedientes no se documentó el plan de cuidados y en un 83.75% no se documentaron los resultados de las intervenciones.

*Rojas Almeyda,A (2014), en su estudio titulado *Eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina interna de un hospital nacional E.R.M. Lima, 2014*. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasiexperimental con un solo grupo antes y después. La muestra estuvo conformada por 324 anotaciones de enfermería. La técnica fue el análisis documental y el instrumento una lista de chequeo aplicado antes y después del programa educativo. Resultados y aportes: Del 100% (324), antes del programa educativo el 58% (189) presentaban calidad técnica “buena” y 42% (135), “deficiente” Después del programa educativo el 87% (283) presentaron calidad técnica “buena” y el 13% (41), “deficiente”. Conclusiones. El programa educativo fue eficaz en el incremento de la calidad técnica de las anotaciones de enfermería del servicio de Medicina interna del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”. La calidad técnica de las anotaciones de enfermería en la dimensión contenido y en la dimensión estructura, luego de la aplicación del programa educativo fueron “buenas” significativamente.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

(TIC) Es un concepto que tiene dos significados. El término "tecnologías de la información" se usa a menudo para referirse a cualquier forma de hacer cómputo. Como nombre de un programa de licenciatura, se refiere a la preparación que tienen estudiantes para satisfacer las necesidades de tecnologías en cómputo y comunicación de gobiernos, seguridad social, escuelas y cualquier tipo de organización.

Planificar y gestionar la infraestructura de TIC de una organización es un trabajo difícil y complejo que requiere una base muy sólida de la aplicación de los conceptos fundamentales de áreas como las ciencias de la computación, así como de gestión y habilidades del personal. Se requieren habilidades especiales en la comprensión, por ejemplo de cómo se componen y se estructuran los sistemas en red, y cuáles son sus fortalezas y debilidades. En sistemas de información hay importantes preocupaciones de software como la fiabilidad, seguridad, facilidad de uso y la eficacia y eficiencia para los fines previstos, todas estas preocupaciones son vitales para cualquier tipo de organización.

Los profesionales de TIC combinan correctamente los conocimientos, prácticas y experiencias para atender tanto la infraestructura de tecnología de información de una organización y las personas que lo utilizan. Asumen la responsabilidad de la selección de productos de hardware y software adecuados para una organización. Se integran los productos con las necesidades y la infraestructura organizativa, la instalación, la adaptación y el mantenimiento de los sistemas de información, proporcionando así un entorno seguro y eficaz que apoya las actividades de los usuarios del sistema de una organización. En TI, la programación a menudo implica escribir pequeños programas que normalmente se conectan a otros programas existentes.

El conjunto de recursos, procedimientos y técnicas usadas en el procesamiento, almacenamiento y transmisión de información, se ha matizado de la mano de las TIC, pues en la actualidad no basta con hablar de una computadora cuando se hace referencia al procesamiento de la información. Internet puede formar parte de ese procesamiento que posiblemente se realice de manera distribuida y remota. Y al hablar de procesamiento remoto, además de incorporar el concepto de telecomunicación, se puede estar haciendo referencia a un dispositivo muy distinto a lo que tradicionalmente se entiende por computadora pues podría llevarse a cabo, por ejemplo, con un teléfono móvil o una computadora ultra-portátil, con capacidad de operar en red mediante una comunicación inalámbrica y con cada vez más prestaciones, facilidades y rendimiento. (salonhogar.ciencias y tecnologías, 2008)

2.2.2 CONCEPTUALIZACIÓN ACERCA DEL SOFTWARE EDUCATIVO

El Software es un conjunto de programas, documentos, procedimientos, y rutinas asociados con la operación de un sistema de cómputo. Distinguiéndose de los componentes físicos llamados hardware. Comúnmente a los programas de computación se les llama software; el software asegura que el programa o sistema cumpla por completo con sus objetivos, opera con eficiencia, esta adecuadamente documentado, y suficientemente sencillo de operar.

Es simplemente el conjunto de instrucciones individuales que se le proporciona al microprocesador para que pueda procesar los datos y generar los resultados esperados.

El hardware por sí solo no puede hacer nada, pues es necesario que exista el software, que es el conjunto de instrucciones que hacen funcionar al hardware. Como concepto general, el software puede dividirse en varias categorías basadas en el tipo de trabajo realizado.

a.- Sistema operativo: es el software que controla la ejecución de todas las aplicaciones y de los programas de software de sistema.

b.- Programas de ampliación: o también llamado software de aplicación; es el software diseñado y escrito para realizar una tarea específica, ya sea personal,

o de procesamiento. Aquí se incluyen las bases de datos, tratamientos de textos, hojas electrónicas, gráficas, comunicaciones, etc.

c.- Lenguajes de programación: son las herramientas empleadas por el usuario para desarrollar programas, que luego van a ser ejecutados por el ordenador. Hasta la fecha existen numeroso software creados para la gestión económica, la esfera militar, las investigaciones, el entrenamiento, la salud, la educación y otros muchos campos de aplicación. Se ha logrado alcanzar en nuestros días una alta relevancia en la educación, teniendo en cuenta, precisamente, el inmenso volumen de información de que dispone el hombre en los momentos actuales y los propios factores que han motivado una masividad en el uso de esta tecnología.

Software educativo en su Libro "Construyendo y Aprendiendo con el Computador", define el concepto genérico de Software Educativo como cualquier programa computacional cuyas características estructurales y funcionales sirvan de apoyo al proceso de enseñar, aprender y administrar. Un concepto más restringido de Software Educativo lo define como aquel material de aprendizaje especialmente diseñado para ser utilizado con una computadora en los procesos de enseñar y aprender. (Sanchez, 1999)

Es una aplicación informática, que soportada sobre una bien definida estrategia pedagógica, apoya directamente el proceso de enseñanza aprendizaje constituyendo un efectivo instrumento para el desarrollo educacional del hombre del próximo siglo. (Rodriguez Lamas, 2000)

Los Software Educativos son herramientas informáticas creados para ser usados en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

Se caracterizan por ser altamente interactivos, a partir del empleo de recursos multimedia, como videos, sonidos, fotografías, diccionarios especializados, explicaciones de experimentados profesores, ejercicios y juegos instructivos que apoyan las funciones de evaluación y diagnóstico.

Los software educativos pueden tratar las diferentes materias (Matemática, Idiomas, Geografía, Dibujo), de formas muy diversas (a partir de cuestionarios, facilitando una información estructurada a los alumnos, mediante la simulación de fenómenos) y ofrecer un entorno de trabajo más o menos sensible a las circunstancias de los alumnos y más o menos rico en posibilidades de interacción; pero todos comparten las siguientes características:

- Permite la interactividad con los estudiantes, retroalimentándolos y Evaluado lo aprendido.
- Facilita las representaciones animadas.
- Incide en el desarrollo de las habilidades a través de la ejercitación.
- Permite simular procesos complejos.
- Reduce el tiempo de que se dispone para impartir gran cantidad de conocimientos facilitando un trabajo diferenciado, introduciendo al estudiante en el trabajo con los medios computarizados.
- Facilita el trabajo independiente y a la vez un tratamiento individual de las diferencias.
- Permite al usuario (estudiante) introducirse en las técnicas más avanzadas en el uso del software educativo en el proceso de enseñanza - aprendizaje y que son:

Por parte del alumno.

Se evidencia cuando el estudiante opera directamente el software educativo, pero en este caso es de vital importancia la acción dirigida por el profesor.

Por parte del profesor.

Se manifiesta cuando el profesor opera directamente con el software y el estudiante actúa como receptor del sistema de información. La generalidad plantea que este no es el caso más productivo para el aprendizaje.

El uso del software por parte del docente proporciona numerosas ventajas, entre ellas:

- Enriquece el campo de la Pedagogía al incorporar la tecnología de punta que revoluciona los métodos de enseñanza - aprendizaje.

- Constituyen una nueva, atractiva, dinámica y rica fuente de conocimientos.
- Pueden adaptar el software a las características y necesidades de su grupo teniendo en cuenta el diagnóstico en el proceso de enseñanza - aprendizaje.
- Permiten elevar la calidad del proceso docente - educativo.
- Permiten controlar las tareas docentes de forma individual o colectiva.
- Muestran la interdisciplinariedad de las asignaturas.
- Marca las posibilidades para una nueva clase más desarrolladora.

Los software educativos a pesar de tener unos rasgos esenciales básicos y una estructura general común se presentan con unas características muy diversas: unos aparentan ser un laboratorio o una biblioteca, otros se limitan a ofrecer una función instrumental del tipo máquina de escribir o calculadora, otros se presentan como un juego o como un libro, bastantes tienen vocación de examen, unos pocos se creen expertos... y la mayoría participan en mayor o menor medida de algunas de estas peculiaridades.

Para poner orden a esta disparidad, se elaboraron múltiples tipologías que los clasifican a partir de diferentes criterios.

Por ejemplo, hasta el año 2003, según los polos en los cuales se ha movido la educación, existían dos tipos de software educativos:

1.- Algorítmicos, donde predomina el aprendizaje vía transmisión del conocimiento, pues el rol del alumno es asimilar el máximo de lo que se le transmite.

Considerando la función educativa se pueden clasificar en:

- Sistemas Tutoriales
- Sistema basado en el diálogo con el estudiante, adecuado para presentar información objetiva, tiene en cuenta las características del alumno, siguiendo una estrategia pedagógica para la transmisión de conocimientos.

2.-Sistemas Entrenadores

Se parte de que los estudiantes cuentan con los conceptos y destrezas que van a practicar, por lo que su propósito es contribuir al desarrollo de una determinada habilidad, intelectual, manual o motora, profundizando en las dos fases finales del aprendizaje: aplicación y retroalimentación. (Muguía Álvarez & Castellanos Rodríguez , 2006, pág. 34)

2.2.3 ELABORACIÓN DE SOFTWARE EDUCATIVO

2.2.3.1 Proceso para la elaboración del Software

Proceso para el desarrollo del Software también conocido como ciclo de vida del desarrollo del software.

A.- Planificación Para la elaboración de software se hizo una lista de las funciones que se deben cumplir, desde recopilar la información analizar los datos y al final la obtención del reporte. Teniendo en cuenta que este software sea didáctico e interactivo reuniendo información importante para el profesional de enfermería en la atención post operatoria inmediata como son: definiciones de dolor, test Aldrete, de Rass, Escala de valoración, imágenes didácticas, Diagnósticos de enfermería que identifican a que dominio pertenecen. Después de recopilar la información se procede a hacer un listado de las especificaciones funcionales.

B. Implementación, La arquitectura de software, tiene que ver con el diseño y la implementación de estructuras de software de alto nivel. Es el resultado de ensamblar un cierto número de elementos arquitectónicos de forma adecuada para satisfacer la mayor funcionalidad y requerimientos de desempeño de un sistema, así como requerimientos no funcionales, como la confiabilidad.

La arquitectura del software se diseñó de acuerdo a las especificaciones funcionales. Se diseñó la 1era capa que es el interfaz del usuario que presentación con 4 opciones como se muestran en la imagen.

El primer campo nos llevará al registro de pacientes.

I.- Datos de paciente donde se ingresaran datos de paciente nombres, apellidos, Historia clínica, fecha y hora, etc.

II. SOAPIE, con una breve especificación e imagen de ayuda

1. Datos subjetivos, señala un cuadro para ingresar texto.
2. Datos Objetivos, Se muestran tres cuadros didácticos con imágenes de evaluación al ingreso del servicio a URPA. El test de Rass, Aldrete, Escala de valoración numérica (dolor). cada uno con una breve descripción.
Condiciones en las que ingresa el paciente ventilación, estado de conciencia, etc.
3. Análisis diagnóstico, donde se muestran diagnósticos de enfermería los más comunes en recuperación post anestésica, cuadro didáctico donde cada diagnostico tiene una breve descripción
4. Plan de enfermería, señala un cuadro para ingresar texto.
5. Intervenciones de enfermería, cuadro donde se muestran opciones múltiples de un listado de las acciones de enfermería en recuperación post anestésica.
6. Evaluación, Se muestran tres cuadros didácticos con imágenes de evaluación al egreso del servicio a URPA. El test de Rass, Aldrete, Escala de valoración numérica (dolor) cada uno con una breve descripción.
Además se señala un cuadro para ingresar texto,
Se trabajó con algoritmos para hacer el reporte de todos los datos ingresados y almacenamiento.

C.- Pruebas, se realizó las pruebas de funcionamiento del software donde se detectaron errores y puntos que se mejoran antes de la aplicación del producto. Además se hicieron las pruebas con personal profesional de enfermería de la clínica Santa Isabel donde se aceptaron sus apreciaciones críticas y se mejoraron puntos importantes.

D.- Despliegue, se inició cuando el software fue aprobado luego de modificaciones y pruebas, que se aceptaron de profesionales de enfermería que laboran de diferentes instituciones tanto de hospitales de MINSA, ESSALUD y privadas. La liberación del software fue aceptada y se alcanzó mayor comprensión con la ayuda de un video tutorial que indica el uso de este nuevo instrumento para el registro de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica.

E.- Mantenimiento, fase importante para las mejoras del software ya una después del despliegue sabemos que habrán cambios con los estándares e indicadores de calidad de registros de enfermería, así como también somos conscientes que queda pendiente el desarrollo de NIC Y NOC en este registro electrónico. (Kruchten, Architectural Blueprints, 1995, págs. 45-50)

2.2.3.2 Aplicación de software educativo. El despliegue del software después de ejecutada las pruebas se logró con éxito.

Previa las siguientes coordinaciones:

- A.** Se solicita a gerencia la aprobación para la aplicación de la presente investigación, la cual fue aceptada por el director médico, y al el gerente general de la clínica Santa Isabel.
- B.** Se coordinó con el ares de soporte de tecnología quienes nos facilitan el ingreso a internet desde el computador del área de recuperación post anestésica.
- C.** Se procede a informar a las enfermeras del servicio de recuperación post anestésica la importancia de su participación y los objetivos de la presente investigación logrando así que acepten firmen el consentimiento.

Se inicia la aplicación del Software desde octubre 2015 y se finaliza marzo 2016.

Se ingresa los datos al cuadro de registro de URPA al finalizar se genera un reporte que es enviado al investigador.

2.2.3.3 Evaluación de la eficacia del Software.

Se recepción exitosamente los reportes de los registros de enfermería en recuperación post anestésica inmediata, se selecciona al azar 100 registros y se procede a evaluarlas de acuerdo al instrumento que es la ficha de cotejo que lleva el nombre de "Ficha de chequeo de registro de enfermería en el post operatorio inmediato, que previamente fue validada por expertos.

2.2.4. FINALIDAD E IMPORTANCIA MÉDICO LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA, CARACTERÍSTICAS, REQUISITOS Y OTRO ASPECTOS.

Conceptualización

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

➤ Finalidad

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos ex asistenciales de la historia clínica:

a.- Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

b.- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

c.- Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

d.- Médico Legal: Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado; puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales

Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.

- Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.

- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mal praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal

- Defecto de gestión de los servicios clínicos
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración
- Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mal praxis médica.

2.2.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

1.- Confidencialidad

El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. La obligación de secretos es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe una persona.

El problema médico legal más importante que se plantea es el quebrantamiento de la intimidad y confidencialidad del paciente y los problemas vinculados a su acceso, favorecidos por el tratamiento informatizado de los datos.

2.- Seguridad

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3.- Disponibilidad

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4.- Unicidad

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria, siendo uno de los principios reflejados en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad.

5.- Legibilidad

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

2.2.4.2 REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

1.- Veracidad

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

2.- Exactitud

Los datos deben asimilarse de manera objetiva tanto en la información que trasmite el paciente como en lo que observa directamente el médico o asistente del médico antes, durante y después de la atención.

3.- Rigor técnico de los registros

Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

4.- Coetaneidad de registros

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente. Nunca dejarse para después la anotación de los datos.

5.- Completa

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

6.- Identificación del profesional

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado. (Giménez, 2009)

2.2.5 NORMA TÉCNICA DEL MINSA: DEFINICIÓN HISTORIA CLÍNICA, REGISTRO POST ANESTESIA, PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.

A.- Definición de historia clínica.- Es un documento médico legal donde se registran los datos de identificación de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de la salud brindan al paciente. (MINSA, 2007, pág. 24)

B.- Hoja post anestésica:

- Nombres y apellidos del paciente, N H.C, edad, sexo, servicio, N de cama.
- Fecha hora de ingreso y hora de egreso.
- Registro del monitoreo de funciones vitales.
- Condición de ingreso a recuperación.

- Anotaciones de la evolución (estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdida).
- Balance hídrico.
- Tratamiento administrado.
- Condición de egreso.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologo.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.

C.- Propiedad de la historia clínica.- La historia clínica y la base de datos es de propiedad del establecimiento de salud.

La información contenida de la historia es propiedad del paciente, según lo señalado en la Ley General de Salud (MINSAL, 2007, pág. 24)

2.2.6 REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son:

- **VALORACIÓN, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.**

Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo: La investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal.

Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados: Necesidades Básicas de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon. En base al modelo de cuidados escogido, se desarrollará el plan de cuidados de enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización

- Los registros de enfermería son fundamentales para:

1. Desarrollo de la enfermería:

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados:

- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.

- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.
- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.
- Tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente.

Por lo tanto, sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.

2. Calidad de información:

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario.

Todas éstas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

➤ La historia clínica

Es el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

La naturaleza de los datos que puede contener debe asegurar la confidencialidad de su contenido y, por tanto la intimidad de la persona a la que hace referencia la información, siendo obligatorio registrar todos los datos del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento desde su ingreso hasta el alta. Constituye una prueba legal ante un tribunal de justicia.

2.2.7 NORMAS BÁSICAS PARA ELABORACIÓN DE LOS REGISTROS

Reglas o recomendaciones básicas serán usadas independientemente del soporte, modelo o plan de cuidados de enfermería

• OBJETIVIDAD

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.

Ej: Refiere consumir “dos litros de vino al día”

NO: Alcohólico

- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”

- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

• PRECISIÓN Y EXACTITUD:

Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.

Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático.

NO: Apósito manchado

- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”

Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml.

• LEGIBILIDAD Y CLARIDAD

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal

- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

Ej: L. Valentín ó LVM

- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

• **SIMULTANEIDAD**

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- Evitando errores u omisiones.

- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.

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

Ej: Si se registra “ha descansado bien toda la noche” y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno. (García Ramírez & Valentín, 2007)

2.2.8 ASPECTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es método científico que utiliza la enfermera en su desempeño profesional. Este método se basa en un amplio sistema de teorías, mediante el cual se aplican dichas teorías a la práctica. Por ello las enfermeras tienen presente de que hace diferente el actuar de la profesional. Diferenciándolas de otra disciplina u oficio. (Cortez Cuaresma & Castillo Lujan , 2004, pág. 19)

2.2.9 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) COMO INSTRUMENTO PARA APLICAR EL MÉTODO CIENTÍFICO

Instrumento que permite alcanzar el conocimiento científico, la investigación, la teoría, y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

Es un método que consiste en interconectar las bases de la ciencia con la acciones clicas del profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico modelo predominante de investigación clínica para enfermería profesional desde hace 25 años. (Bravo Peña , 2012)

2.2.10 NORMAS American Nurses Association (ANA).LAS NORMAS DE PRÁCTICA DE ENFERMERÍA TITULADA DESCRIBEN UN NIVEL COMPETENTE DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TAL Y COMO SE DEMUESTRA EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

1. Valoración: Reúne datos extensos relativos a la salud o la situación del paciente.

2. Diagnóstico: Analiza los datos de valoración para determinar diagnósticos o cuestiones relacionadas.

3. Identificación de resultados Identifica resultados esperados para un plan individualizado para el paciente o la situación.

4. Planificación: Desarrolla un plan que prescribe estrategias y alternativas para alcanzarlos resultados esperados.

5. Aplicación: Implementa el plan identificado.

5A.Coordinación de cuidados

5B.Enseñanza y promoción de la salud

5C.Consulta. El profesional de enfermería homologado en prácticas avanzadas y el especialista en roles de enfermería ofrece consulta para influir en el plan identificado, mejora las capacidades de los otros y realiza cambios.

5D.Autoridad normativa y tratamiento El profesional de enfermería homologado en prácticas avanzadas usa la autoridad normativa, procedimientos, referencias, tratamientos y terapias, de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales.

5E.Tratamiento y evaluación

6. Evaluación: Evalúa el avance hacia la consecución de resultados. Normas de rendimiento profesional: describen un nivel competente de conducta en la función profesional

.7. Calidad de práctica Potencia sistemáticamente la calidad y la eficacia de la práctica de enfermería.

8. Educación. Alcanza conocimiento y competencia que reflejan la práctica actual de enfermería
- .9. Evaluación de la práctica profesional Evalúa la propia práctica de enfermería en relación con las normas y directrices de la práctica profesional, los estatutos relevantes, las reglas y los reglamentos.
10. Colaboración Colabora con el paciente, la familia y otros en la conducta de la práctica de enfermería.
11. Ética Integra disposiciones éticas en todas las áreas de práctica
12. Investigación Integra hallazgos de investigación en la práctica
- .13. Utilización de recursos Considera factores relacionados con la seguridad, la eficacia, el coste y el impacto en la práctica en la planificación y la prestación de servicios de enfermería.
14. Liderazgo Proporciona liderazgo en los centros de práctica profesional y en la profesión. (American Nurses Association, Nursing., 2004)

2.2.11 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) PARA ADMINISTRAR CUIDADOS

Es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose de modelos y teorías, realiza con un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita atención de salud reciba los mejores cuidados del profesional de enfermería.

Es un método científico cuya utilidad es administrar cuidados individualizados, de acuerdo a los problemas de salud que presentan las personas familias y comunidades en un determinado momento. En los últimos años se ha demostrado que la aplicación del PAE no solo se brinda a las personas enfermas si no es aplicado a las personas sanas o aparentemente sana ya que el campo de acción de la enfermera/o abarca la prevención, promoción, rehabilitación y recuperación.

El uso del Proceso de Atención de Enfermería permite crear planes de cuidado centrado en las respuestas humanas tanto biológicas como psicológicas, sociales y espirituales.

El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, cuidados sistematizada, lógica y racional. (Obando Zegarra, 2006)

➤ **NOTAS DE ENFERMERÍA.**

Las notas de enfermería se ubican en la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería porque en esta etapa se registran las actividades realizadas así como la evolución en forma secuencial, de hechos esenciales que ocurren al paciente las 24 horas del día e incluye disposiciones, tomadas, por la enfermera y las respuestas del paciente. Es un documento legal.

SOAPIE

Método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera.

S: Significa datos subjetivos, se obtiene de la entrevista. Lo que dice el paciente.

O: Significa datos objetivos, lo que obtiene de la observación y examen físico (Céfalo caudal), se trata de datos que la enfermera puede observar y explorar.

A: Significa análisis o diagnóstico, puede ser real, de riesgo posible o de bienestar, se anota el R/C para determinar los factores determinantes o condicionantes.

P: Significa Planificación, se consigna los datos tanto generales como específicos.

I: Significa Intervención, se registran las intervenciones de enfermería realizadas.

E: Significa Evaluación y/o evolución del resultado esperado, se formula en presente.

Observaciones:

Concluye con la firma, N° de colegio y sello de la enfermera que atendió al paciente. (Bravo Peña , 2012, págs. 1-25)

2.2.12 IMPORTANCIA DE LOS LENGUAJES ESTANDARIZADOS

Facilita la recolección sistemática de la información necesaria y comunicación de la información sobre la efectividad del cuidado.

Cuando estos lenguajes sean utilizados por los enfermeros y sean universales.

- La documentación de enfermería será igual en todas las instituciones.
- Se enseñara de la misma forman en todas las escuelas.
- Mejorará la comunicación de enfermeros, enfermero- paciente, asegurando la calidad y continuidad del cuidado.
- Permitirá desarrollar los sistemas de cuidado.
- El trabajo de los enfermeros en diferentes países podrá compararse y mejorarse.

• Aplicación del lenguaje estandarizado

Actualmente podemos llevar a la práctica diaria el proceso del enfermero como sistema de trabajo.

La etapa del diagnóstico es para muchos autores considerada como el eje central del PAE, se interpretan los datos obtenidos en la recolección mediante el análisis y síntesis del mismo y se concluye con la identificación del problema utilizando la clasificación de NANDA.

En la planificación se establecen los cuidados para prevenir, minimizar y eliminar los problemas detectados con el uso de NIC Y NOC. (Fernandez Lasaquetty, 2010)

2.2.13 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable (NANDA Internacional, 2012)

“Declaración que describe una respuesta humana real o potencial de los procesos vitales que las enfermera identifican y disponen de actividades que reduzcan, prevengan o eliminen que son de dominio legal y educativo de Enfermería”. (Carpenito Juall, 2013)

2.2.14 DIAGNÓSTICO y TRATAMIENTO EN EL PROCESO ENFERMERO

Es un proceso de identificación del problema – solución del problema, este proceso se inicia con la valoración (recogida de información proporciona las claves de la salud del individuo, familia y comunidad) algunas claves son diagnósticas. Una clave diagnóstica es una característica crítica o un indicador clínico de un estado de salud funcional, disfuncional o potencialmente disfuncional. Considere importante cualquier clave diagnóstica hasta que la investigación pruebe lo contrario. Considere posibles significados alternativos (ansiedad, temor, depresión).

- Investigue las posibilidades más probables, valore la presencia o ausencia de claves diagnósticas.
- Averigüe las causas probables del problema, factor o factores etiológicos o relacionados. Ejm: déficit de autocuidado, nivel III, relacionado con la intolerancia a la actividad.
- Evite las conclusiones prematuras; cerciórese de que existen claves diagnósticas que justifiquen la formulación diagnóstica (problema y causa). (Gordon , 2007, pág. 38)

2.2.15. DIAGNÓSTICO POR DOMINIOS

También llamada taxonomía II, establecidas por la NANDA desde 2002, los dominios son competencias de clasificación internacional facilitando la agrupación de diagnósticos y el trabajo de enfermería, son 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos, es la clasificación vigente.

□ . TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Á. Diagnostico real

Juicio de la respuesta humana sobre problemas de salud. Es el diagnostico presente, obtenido del análisis e interpretación de los datos relevantes del paciente, tiene 3 componentes:

- La etiqueta(es la descripción del problema)
- La definición (describe la etiqueta),
- El factor relacionado R/C (describe las causas al problema de salud), la evidencia (datos relevantes).

➤ **Diagnóstico potencial o de riesgo**

El diagnóstico de enfermería por el cual un paciente, familia o comunidad es más vulnerable a un problema de salud. Tiene 2 componentes:

- La etiqueta (es el problema precedido del término “alto riesgo de”).
- El factor relacionado R/C (describe las causas – situación por las que incrementa la vulnerabilidad).

➤ **Diagnóstico de Bienestar**

Es el juicio clínico respecto a una persona familia o comunidad desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado de satisfacción personal.

Ejm. - Potencial aumento de bienestar espiritual.

-Lactancia materna eficaz

Diagnóstico de Bienestar consta de una sola parte que es la etiqueta (Cortez Cuaresma & Castillo Lujan , 2004, pág. 40)

2.2.16 DESCRIPCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normada competa de las intenciones que realiza el profesional del útil para la documentación clínica, la comunicación de los cuidados de distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cualificación de productividad, la evaluación de competencias. La clasificación incluye intervención es realizadas por los profesionales de enfermería en función a los pacientes, intervenciones tanto independientes como colaboración y cuidados tanto indirectos como directos. Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza el profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. En NIC puede utilizarse en todas las situaciones.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases, 7 campos para facilitar el uso los campos son fisiológico: básico, fisiológico: complejo, conductual, familia, sistema sanitario y comunidad.

Cada intervención tiene un numero único (código).

2.2.17 NOC, CLASISIFICACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de los pacientes sirven de criterio para valorar el éxito de una intervención de enfermería, cada resultado tiene una definición una lista de indicadores que pueden utilizarse para valorar el estado del paciente.

Se usa la escala de Likert de 5 puntos para medir el estado del paciente. Ejemplo de escala utilizada en resultado donde 1 es riesgo muy alto y 5 es sin riesgo, los resultados se pueden usar durante todo el proceso de del cuidado. (Bulechek, Butcher, & Mc Closkey Dochterman, 2009)

2.2.18 FASE POSTOPERATORIA

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o

unidad de cuidados pos anestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del centro quirúrgico, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

Algunos autores clasifican la etapa post quirúrgica en tres fases o periodos:

1. La etapa post-operatoria inmediata, es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización.
2. La etapa post-operatoria intermedia o mediata, comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta la pre-alta del paciente.
3. La etapa post-operatoria tardía consiste en la planeación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como de las recomendaciones especiales.

□ Recepción del paciente en la sala de recuperación

Para el traslado a la sala de recuperación post anestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
2. Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.

4. Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
10. Revisión del expediente clínico.

Atención al paciente en la sala de recuperación

En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias.

Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia.

Objetivos:

1. Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada.
2. Vigilar y prevenir la depresión respiratoria.
3. Mantener el estado hemodinámico del paciente.
4. Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.
5. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.

Material y equipo

- Equipo para aspiración de secreciones.
- Equipo para administración de oxígeno.
- Monitor de signos vitales.

- Esfignomanómetro, estetoscopio y termómetro.
- Riñón y pañuelos o toallas desechables.
- Sondas de aspiración.
- Jeringas.
- Gasas y guantes desechables.

□ Procedimiento

Una vez realizada la identificación del paciente y la recepción del mismo de la sala de cirugía, se procede a su instalación de la siguiente manera:

1. Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar con tubo de mayo, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso; dejarla por más tiempo provoca náuseas y vómito.

Fundamento: Con esta medida se favorece a la función respiratoria y se evita que la lengua caiga hacia atrás, ocluyendo las vías respiratorias.

2. Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en oro faringe o nasofaringe.

3. Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. o según esté indicado.

Fundamento: Al administrar el oxígeno húmedo se favorece la fluidificación de secreciones y facilita su aspiración

4. Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos.

5. Colocar al paciente en decúbito prono con extensión del cuello, si no está contraindicado.

Fundamento: Con esta posición se favorece a una adecuada ventilación pulmonar.

6. Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente.

Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardíacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).

a) Los datos nos darán la pauta para el tratamiento.

b) Recordar que las salas de operaciones son frías y favorecen a la vasoconstricción, para lo cual se debe colocar un cobertor al paciente o regular la temperatura ambiental, si es que existe el sistema de clima artificial.

7. Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)

8. Mantener en ayuno al paciente.

9. Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la flebopunción para detectar datos de infiltración o flebitis.

10. Vigilar la diuresis horaria.

11. Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.

12. Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración (si existe duda se debe revisar el banco de sangre), prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.

13. Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.

14. Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.

Informar al médico para iniciar tratamiento o tomar medidas inmediatas como:

- a) Iniciar la oxigenoterapia o aumentar la concentración de oxígeno.
- b) Colocar al paciente en posición Trendelenburg si es que no existe contraindicación.
- c) Aumentar el flujo de líquidos parenterales si no existe contraindicación o buscar alternativas.

15. Observar los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente.

- a) Realizar anotaciones sobre la cantidad, color del material que está drenando en apósitos, sondas y drenes.
- b) Comunicar al médico si existe una cantidad excesiva.
- c) Verificar que los apósitos estén bien colocados y seguros.

16. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.

- a) Colocar los barandales laterales de la camilla.
- b) Proteger las extremidades de la flebopunción de manera que el catéter no se desconecte accidentalmente.
- c) Practicar cambios de posición del paciente y conservar la alineación correcta de su cuerpo.
- d) Colocar almohadas en las zonas de presión para prevenir el daño a los nervios y articulaciones musculares.

17. Valorar la presencia de dolor.

- a) Observar manifestaciones fisiológicas y de conducta.

b) Administrar analgésico según indicaciones médicas y observar la respuesta del paciente.

18. Vigilar el vendaje de protección de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.

19. Orientar al paciente una vez que recupere el estado de conciencia con respecto a su entorno.

a) Ubicar al paciente, informarle repetidamente que la cirugía terminó y que se encuentra en la sala de recuperación, esto puede disminuir su ansiedad.

b) Disipar dudas con respecto a sus condiciones y tratamiento para disminuir su ansiedad o temor.

20. Evitar comentarios en presencia del paciente, pretendiendo pensar que el paciente se encuentra dormido, dichos comentarios pueden ser comprometedores para el hospital o bien pueden faltar a la ética profesional o crear una imagen negativa de la institución o de la profesión de enfermería

21. Preparar el alta del paciente. Para ser dado de alta el paciente de la sala de recuperación post anestésica, se deben considerar los siguientes criterios:

a) Que respire con facilidad y que en la auscultación los ruidos pulmonares sean claros, además de que las vías respiratorias se mantengan sin medios artificiales, a menos que el paciente, así lo amerite.

b) Que alcance la estabilidad de los signos vitales.

c) Que alcance el nivel de conciencia satisfactorio, que se mantenga despierto y alerta.

d) Que el dolor haya sido controlado de manera adecuada.

e) Que conserve los niveles adecuados de diuresis horaria.

f) Que el vómito haya sido controlado o exista ausencia del mismo.

g) Que alcance la sensación de las extremidades en caso de que se le hubiese administrado anestesia regional.

En algunas instituciones uno de los requisitos para aprobar el alta de la sala de recuperación es:

22. Determinar la valoración de los parámetros para su alta de la sala de recuperación. Uno de los sistemas de valoración post-anestésica más utilizada, es la establecida por Aldrete, donde se valora la actividad de movimiento de las extremidades, la respiración, la circulación, el nivel de conciencia y la coloración de la piel.

23. Tramitar el traslado del paciente, solicitar personal de camillería

. (Basozabal Zamacona, 2003)

2.2.19 APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO.

El aprendizaje significativo comprende la adquisición de nuevos significados y, a la inversa, éstos son producto del aprendizaje significativo. El surgimiento de nuevos significados en el alumno refleja la consumación de un proceso de aprendizaje significativo. Después de indicar con algunos pormenores lo abarcado por este proceso, examinaremos más explícitamente tanto la naturaleza del significado como su relación con el aprendizaje significativo.

La esencia del proceso del aprendizaje significativo reside en que ideas expresadas simbólicamente son relacionadas de modo no arbitrario, sino sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe, señaladamente algún aspecto esencial de su estructura de conocimientos (por ejemplo, una imagen, un símbolo ya con significado, un contexto o una proposición). El aprendizaje significativo presupone tanto que el alumno manifiesta una actitud hacia el aprendizaje significativo; es decir, una disposición para relacionar, no arbitraria, sino sustancialmente, el material nuevo con su estructura cognoscitiva, como que el material que aprende es potencialmente significativo para él, especialmente relacionable con su estructura de conocimiento, de modo intencional y no al pie de la letra.

Así, independientemente de cuánto significado potencial sea inherente a la proposición especial, si la intención del alumno consiste en memorizar arbitraria y literalmente (como una serie de palabras relacionadas caprichosamente), tanto el proceso de aprendizaje como los resultados del mismo serán mecánicos y

carentes de significado. Y, a la inversa, sin importar lo significativo que sea la actitud del alumno, ni el proceso ni el resultado del aprendizaje serán posiblemente significativos si la tarea de aprendizaje no lo es potencialmente, y si tampoco es relacionable, intencionada y sustancialmente, con su estructura cognoscitiva.

Una de las razones de que se desarrolle en los alumnos una propensión hacia el aprendizaje repetitivo con relación a la materia potencialmente significativa consiste en que aprenden por triste experiencia que las respuestas sustancialmente correctas que carecen de correspondencia literal con lo que les han enseñado no son válidas para algunos profesores.

Otra de las razones consiste en que por un nivel generalmente elevado de ansiedad, o por experiencias de fracasos crónicos en un tema dado que reflejan, a su vez, escasa aptitud o enseñanza deficientemente y de ahí que, aparte del aprendizaje por repetición, no encuentren ninguna otra alternativa que el pánico. Este fenómeno es muy familiar a los profesores de matemáticas por el difundido predominio del “choque del número” o de la “ansiedad del número”.

Por último, puede desarrollarse en los alumnos una actitud para aprender por repetición si están sometidos a demasiada presión como para ponerse sueltos de lengua o para ocultar, en vez de admitir y remediar gradualmente su falta original de comprensión genuina. En estas circunstancias parece más fácil o más importante crear la impresión falsa de haber entendido con sencillez, aprendiéndose de memoria unos cuantos términos u oraciones clave, que tratar de comprender el significado de éstos.

Los profesores suelen olvidar que los alumnos pueden inclinarse marcadamente al uso de términos abstractos que den la apariencia de propiedad, aunque la comprensión de los conceptos fundamentales de hecho no exista. Que la tarea de aprendizaje sea o no potencialmente significativa (intencionada y sustancialmente relacionable con la estructura cognoscitiva del alumno) es asunto un poco más complejo que el de la actitud hacia el aprendizaje significativo. En última instancia, depende obviamente de dos factores principales que intervienen en el establecimiento de esta clase de relación; es

decir, tanto la naturaleza del material que se va aprender como la de la estructura cognoscitiva del alumno en particular.

Volviendo en primer término a la naturaleza del material, es obvio que no debe pecar de arbitrario ni de vago para que pueda relacionarse de modo intencionado y sustancial con las correspondientes ideas pertinentes que se hallen dentro del dominio de la capacidad humana (a las correspondientes ideas pertinentes ideas que por lo menos algunos seres humanos sean capaces de aprender sí se les concede la oportunidad de hacerlo). Esta propiedad de la tarea de aprendizaje, que es la que determina si el material es o no potencialmente significativo, pertenece a la significatividad lógica, en muy raras ocasiones ausente de las tareas de aprendizaje escolar, pues el contenido de la materia de estudio, casi por definición, tiene significado lógico.

Pero no es el caso con respecto a muchas tareas de laboratorio y de la vida cotidiana (por ejemplo, los números telefónicos, los adjetivos pareados, las oraciones revueltas, las listas de sílabas sin sentido) que son relacionables con cualquier estructura cognoscitiva solamente sobre bases arbitrarias y literales. El segundo factor determinante de que el material de aprendizaje sea o no potencialmente significativo varía exclusivamente en función de la estructura cognoscitiva del alumno.

La adquisición de significados como fenómeno natural ocurre en seres humanos específicos, y no en la humanidad en general. Por consiguiente, para que ocurra realmente el aprendizaje significativo no basta con que el material nuevo sea intencionado y relacionable sustancialmente con las ideas correspondientes y pertinentes en el sentido abstracto del término (a ideas correspondientes pertinentes que algunos seres humanos podrían aprender en circunstancias apropiadas).

Es necesario también que tal contenido ideático pertinente exista en la estructura cognoscitiva del alumno en particular. Es obvio, por tanto, que en lo concerniente a los resultados del aprendizaje significativo de salón de clase, la disponibilidad y otras propiedades importantes, de contenidos pertinentes en las estructuras cognoscitivas de alumnos diferentes constituyen las variables y determinantes decisivos de la significatividad potencial. De ahí que la significatividad potencial

del material de aprendizaje varíe no sólo con los antecedentes educativos, sino con factores como la edad, el C. I., la ocupación y pertinencia a una clase social y cultura determinadas.

(Ausubel, Novak, & Hanesian, 1983)

2.2.20 FAYE GLENN ABDELLAH MODELO DE “TEORÍA DE TIPOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DE ENFERMERÍA”

Honrada como una "leyenda viviente" por la Academia Americana de Enfermería en 1994, Contralmirante G. Faye Abdellah dedicado trabajo de su vida al avance de la profesión de enfermería. Ella es considerada como uno de los teóricos más influyentes de enfermería y científicos de salud pública de nuestro tiempo. (American Nurses Association, 2016)

Abdellah, Reconocida como una de las investigadoras más destacadas y mejor conocidas de su país (estados unidos) en política sanitaria y una experta internacional en problemas sanitarios, fue consejera en materias relacionadas en enfermería, política de asistencia a crónicos, retraso mental, incapacidades relacionadas con el desarrollo, servicio de salud domiciliaria, tercera edad, hospicios y SIDA.

Comprendió que para la enfermera comprendiera un estatus profesional completo y plena autonomía era indispensable que dispusiese de una base sólida de conocimientos. Escribió 21 conceptos para que pudiese mejorar. Los conceptos que ella formaba era:

Enfermería: La asistencia de enfermería es hacer algo para las personas o suministrar información a ésta con objeto de descubrir necesidades, elevar o establecer la capacidad de autoayuda o aliviar el sufrimiento.

Persona: los describe como entes con necesidades físicas, emocionales y psicológicas estas pueden ser evidentes en forma de necesidades físicas o encubiertas, como las necesidades emocionales o sociales.

Entorno: no tenía un concepto fijo pero decía que se debía crear y/o un entorno terapéutico, afirma que si la relación enfermera hacia el paciente es hostil o negativa, la atmosfera de la habitación también lo será; afirma que los pacientes interaccionan y responden a su entorno y que la enfermera es parte de ese entorno.

Salud: es el estado donde el individuo no tiene necesidades por satisfacer ni un deterioro real o previsible. (blogenfermeria, 2012).

2.2.21 TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS.

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York.

En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Estudió en Teacher College de la Universidad de Columbia, donde se licenció como profesora y donde posteriormente realizó un master.

En 1929 trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5º.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7º.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8º.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9º.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su Potencial al máximo

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER).

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”. (teoriasdeenfermeria, 2012)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

➤ PROFESIÓN DE ENFERMERIA

La enfermería es considerada como una profesión autónoma por la capacidad de tomar decisiones independientes y brindar cuidados con eficacia, eficacia y efectividad pero sobre todo con humanismo. (Bravo Peña, 2016)

➤ SOFTWARE EDUCATIVO

Software Educativo por su rol que cumple en el proceso de aprendizaje, es considerado como parte del material educativo, enmarcándose como Material Educativo computarizado (MEC). (Galvis Panqueva, 1994, pág. 9)

➤ REGISTRO DE ENFERMERIA

Se ubican el cuarta etapa del proceso de atención de enfermería porque en esta epata se registran las actividades realizadas así como la evolución en forma secuencial, de hechos esenciales que ocurren al paciente las 24 horas del día e incluye disposiciones, tomadas, por la enfermera y las respuestas del paciente. Es un documento legal. (Bravo Peña, 2016, pág. 12)

➤ PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

Es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería apoyándose en modelos y teorías organiza y administra cuidados individualizados, sus etapas son: valoración, diagnostico, planeamiento, ejecución y evaluación. (Bravo Peña, 2016, pág. 1)

➤ **SOAPIE**

Método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de los pacientes, así como las intervenciones y observaciones y evaluación que realiza la enfermera. Las siglas corresponde (S) datos subjetivos, (O) datos objetivo, (A) análisis diagnóstico, (P) Planeamiento, (I) intervención y (E) evaluación. (Bravo Peña , 2012, pág. 34)

➤ **DATOS SUBJETIVOS**

Se conoce también como síntomas o datos cambiantes. No son observables, se obtiene de la entrevista. Lo que dice el paciente, por ejemplo: sentimiento de preocupación. (Bravo Peña, 2016, pág. 2)

➤ **DATOS OBJETIVOS**

Conocidos también como signos o datos manifiestos, lo que obtiene de la observación y examen físico (Céfalo caudal), se trata de datos que la enfermera puede observar y explorar. (Bravo Peña, 2016, pág. 2)

➤ **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO**

Es el juicio clínico, sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a problemas de salud procesos vitales reales o potenciales. (Bravo Peña, 2016, pág. 5)

➤ **DIAGNÓSTICO REAL**

Se denomina así cuando el problema está presente, y se basa en la presencia de datos relevantes y significativos que definen el diagnóstico. Las partes de un diagnóstico real son 3: P + C + E (Problema + Causa +Evidencia). (Bravo Peña, 2016, pág. 8)

➤ **DIAGNÓSTICO POTENCIAL O DE RIESGO**

Juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona, familia grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/ proceso vital. (NANDA Internacional, 2012, pág. 22)

➤ **PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA**

Significa Planificación, se consignan los datos tanto generales como específicos, que deben estar enfocados en el problema y la causa respectivamente con la finalidad de reducir o eliminar los problemas detectados. (Bravo Peña, 2016, pág. 9)

➤ **INTERVENCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Se define como cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente. La enfermera proporciona intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias. (NANDA Internacional, 2012, pág. 28)

➤ **EVALUACIÓN O RESULTADO ESPERADO**

Es la quinta fase del Proceso de Atención de Enfermería, es una actividad planeada, continua en el que se determina si se ha alcanzado los objetivos. . el propósito es determinar si el plan de cuidado, realista, actual o si necesita revisión. (Bravo Peña, 2016, pág. 11)

➤ **POSTOPERATORIO INMEDIATO**

Inicia completado el procedimiento quirúrgico , el paciente debe ser observado en un entorno controlado como unidad de recuperación post anestésica, unidad de cuidados intensivos o reanimación la duración y tipo de cuidados varían por: situación, necesidad de soporte filológico, complejidad de procedimiento quirúrgico, tipo de anestesia, dolor, tiempo que tarde el paciente en estabilizarse, cuidados de herida quirúrgica.. (Basozabal Zamacona, 2003, pág. 243)

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se verificó la validez de los instrumentos mediante los siguientes pasos:

a) VALIDEZ INTERNA

Se verificó que el instrumento fue construido de la concepción técnica desglosando en dimensiones, indicadores e ítems así como el establecimiento de su sistema de evaluación en base al objetivo de investigación logrando medir lo que realmente se indicaba en la investigación..

b) VALIDEZ DE CONSTRUCCION

Este procedimiento se efectuó en base a la teoría de Hernández (2010).Mediante la cual se precisa que los instrumentos en base a una teoría respondiendo al objetivo de la investigación ésta se operacionalizó en áreas, dimensiones, indicadores e ítems tal como señala el punto 3.1.1.

c) JUICIO DE EXPERTOS

Una vez elaborados los instrumentos, éstos fueron validados por juicio de expertos constituidos por un metodólogo y dos temáticos:

3.1.1 CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Validación

Nº	Experto	Especialista	Calificación instrumento	Cant.
Experto 1	Dr. Héctor Gatillón Palacios	Metodólogo	Aplicable	95.0
Experto 2	Dra. Mery Bravo Peña	Temático	Aplicable	90.0
Experto 3	Dr. José Muñoz Salazar	Estadístico	Aplicable	90.0
Experto 4	Mg Yolanda A. Pérez Morales	Temático	Aplicable	85.0
Experto 5	Dr. Abel Palomino Orizano	Estadístico	Aplicable	85.0

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

La validez por juicio de expertos se establece recopilando opiniones de personas calificadas en las variables a investigar; se busca constatar si es coherente la relación entre los ítems que incluye el instrumento y las variables a ser medidas.

Una vez conseguidas las respuestas de los jueces se procedió a la evaluación cualitativa y cuantitativa de las mismas. La evaluación "Cualitativa" consistió en considerar todas las sugerencias, aportes que han escrito los jueces en el instrumento; los que ayudó a mejorar las preguntas del cuestionario. La evaluación Cuantitativa valoró al instrumento en su totalidad, a través de la prueba binomial.

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	P valor
1	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
2	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
3	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
4	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
5	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
6	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
7	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
8	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
9	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125
10	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125

Ho: No hay concordancia entre los jueces.

Ha: Existe concordancia entre los jueces.

Los ítems tienen un p valor < 0.05 , por lo tanto si existe concordancia entre los jueces para dichos ítems. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

3.1.2 FUENTES

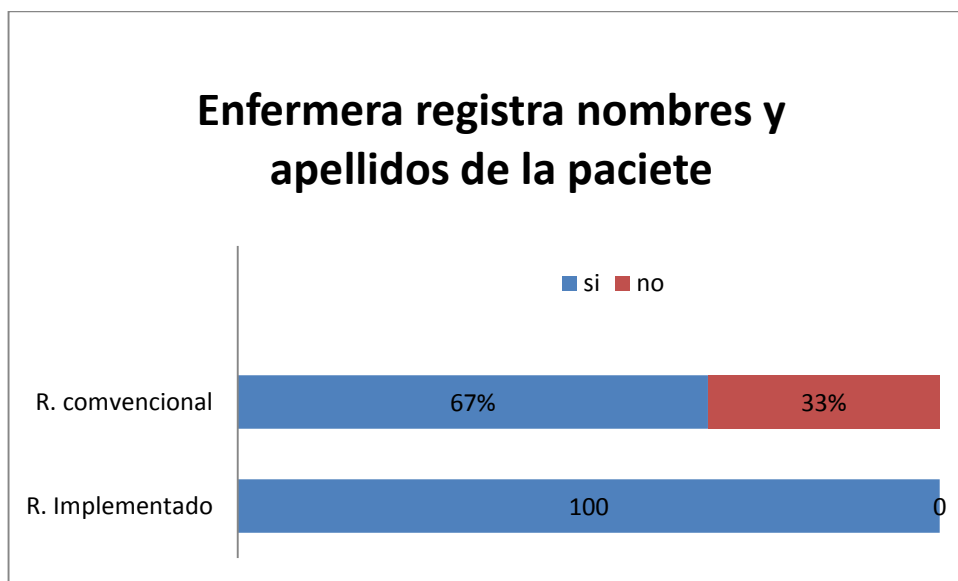
Fuentes primarias, se utilizarán libros de proceso de atención de enfermería.

Fuentes secundarias, revisión de libros virtuales en el internet, así como también tesis virtuales de autores nacionales y extranjeros.

3.2. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

GRAFICO N° 1

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

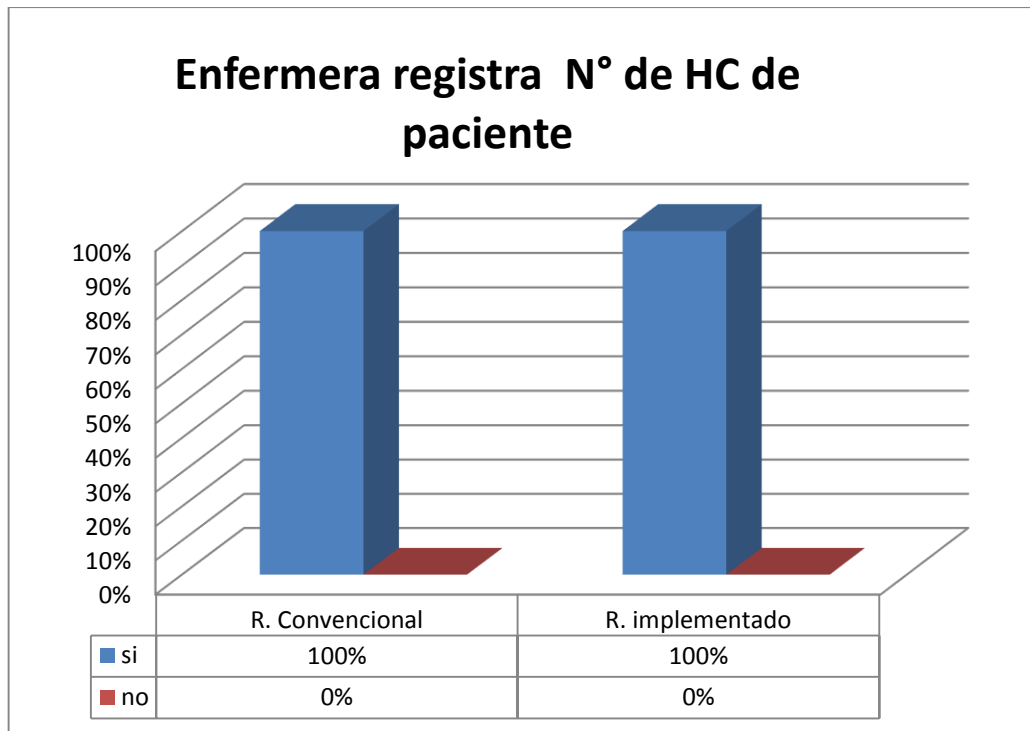


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Los resultados mostrados en el grafico 1, podemos observar que en el registro convencional un 67% registró correctamente los nombres y apellidos, mientras que con el registro implementado un 100% se registró correctamente.

GRAFICO N° 2

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

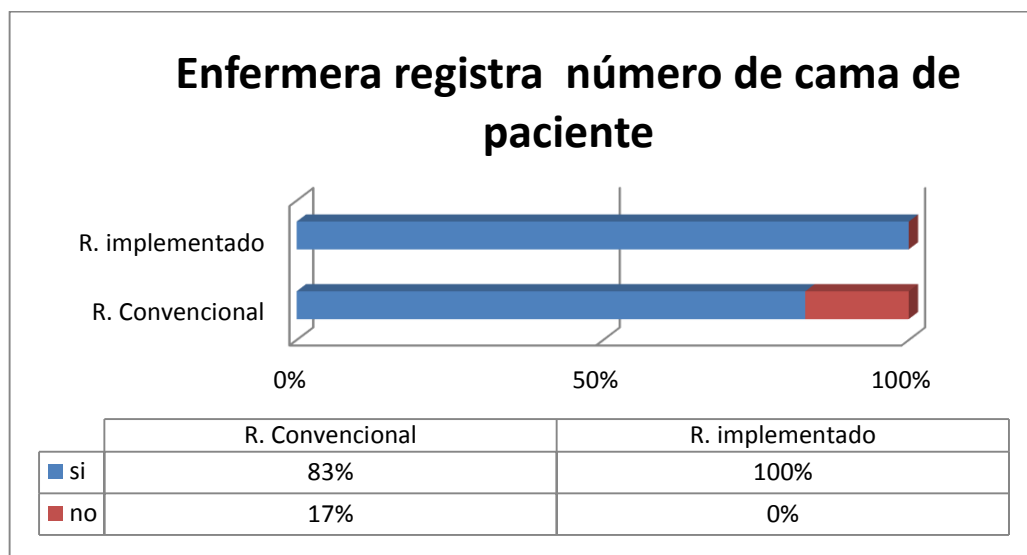


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este grafico se puede apreciar que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato registran el número de historia clínica de la paciente en un 100% usando ambos registros.

GRÁFICO N° 3

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

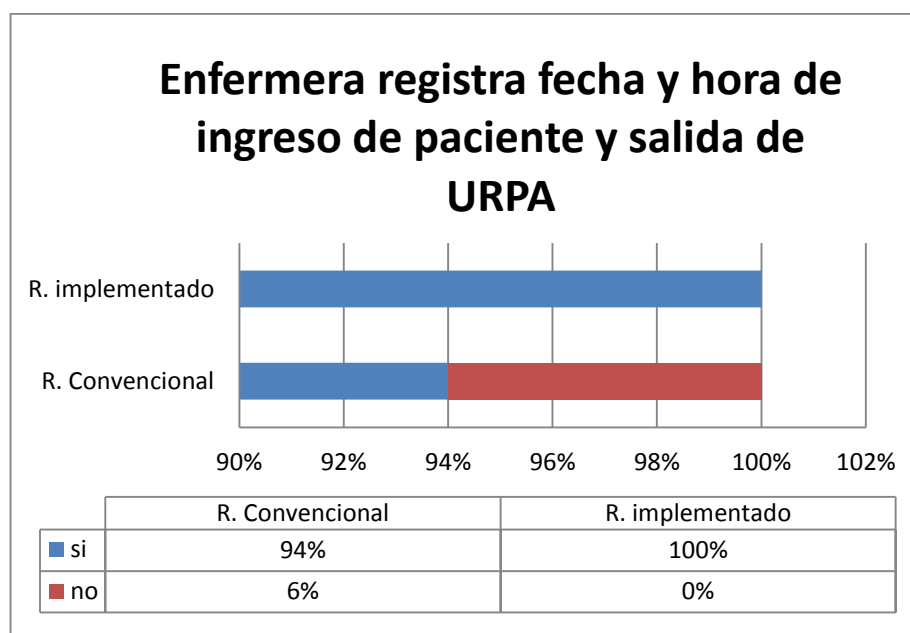


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que con el registro convencional del 100% registros revisados 83% tiene anotado el número de cama de la paciente, mientras que con el registro implementado se registra en un 100%.

GRÁFICO N° 4

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

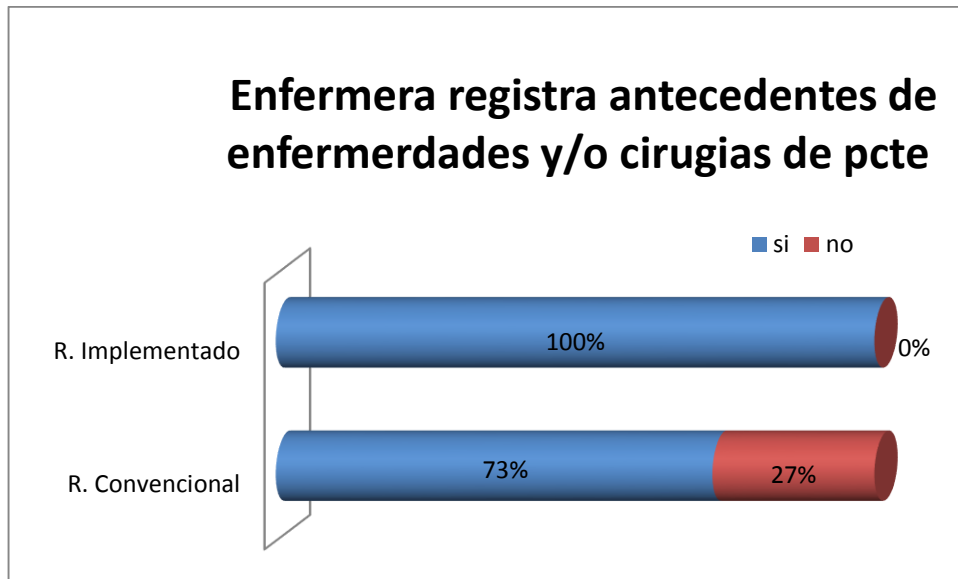


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En gráfico N 4 se observa que las enfermeras usando el registro implementado anotan al 100% la fecha y hora de ingreso y salida de la paciente de la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que con el registro convencional se logró registrar en un 94%.

GRÁFIC N° 5

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016



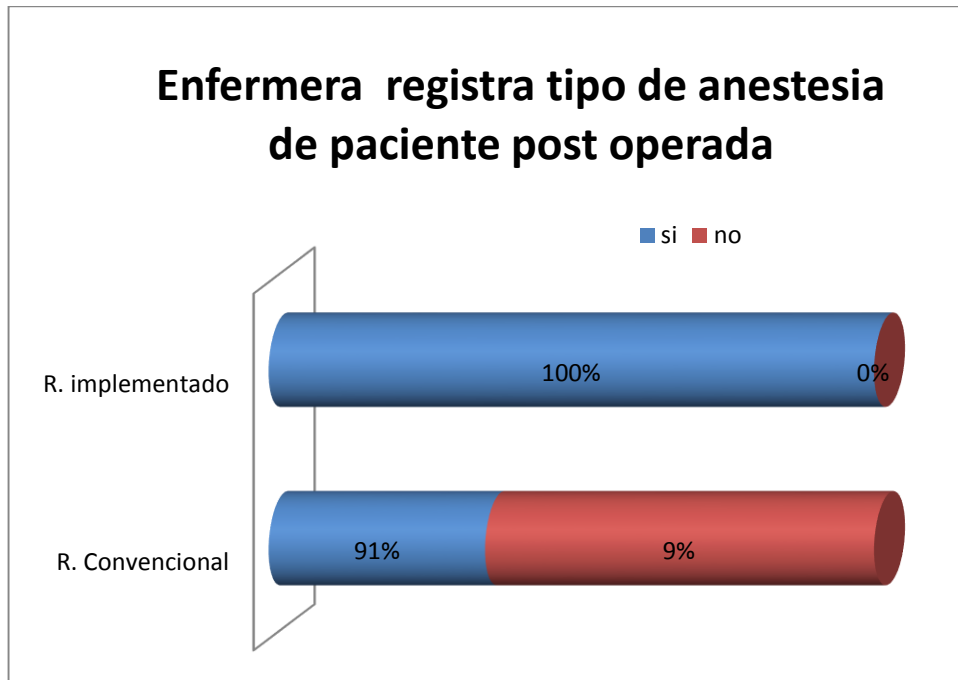
Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Los resultados mostrados en este gráfico demuestran que el registro implementado cumple las expectativas al 100% en el registro de antecedentes de enfermedades y/o cirugías de la paciente, mientras que usando el registro convencional se registran en un 73%.

GRÁFICO N° 6

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA,

2016

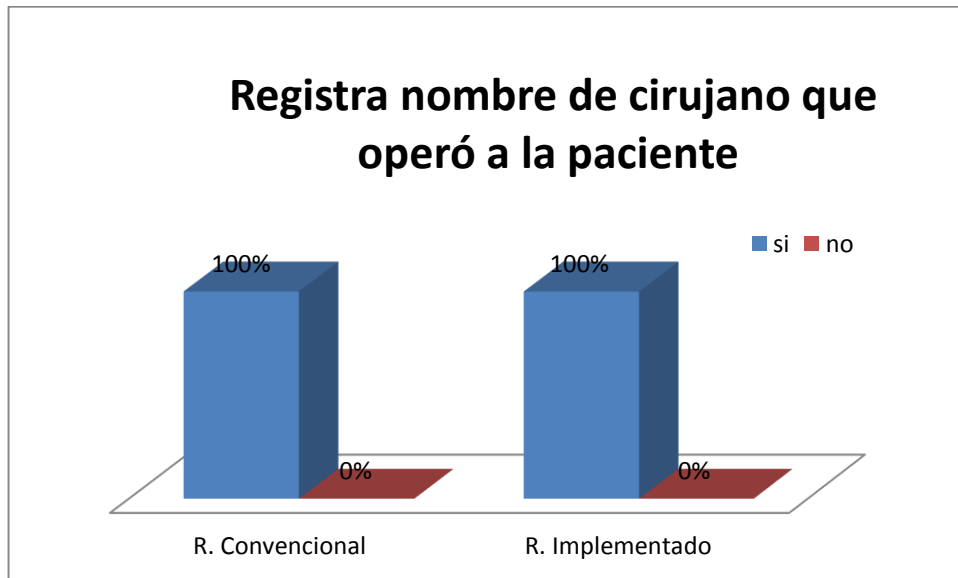


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que con el registro implementado se anotan en un 100% el tipo de anestesia que se administró a la paciente post operada inmediata por otro lado con el registro convencional se logró en un 91%.

GRÁFICO N° 7

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

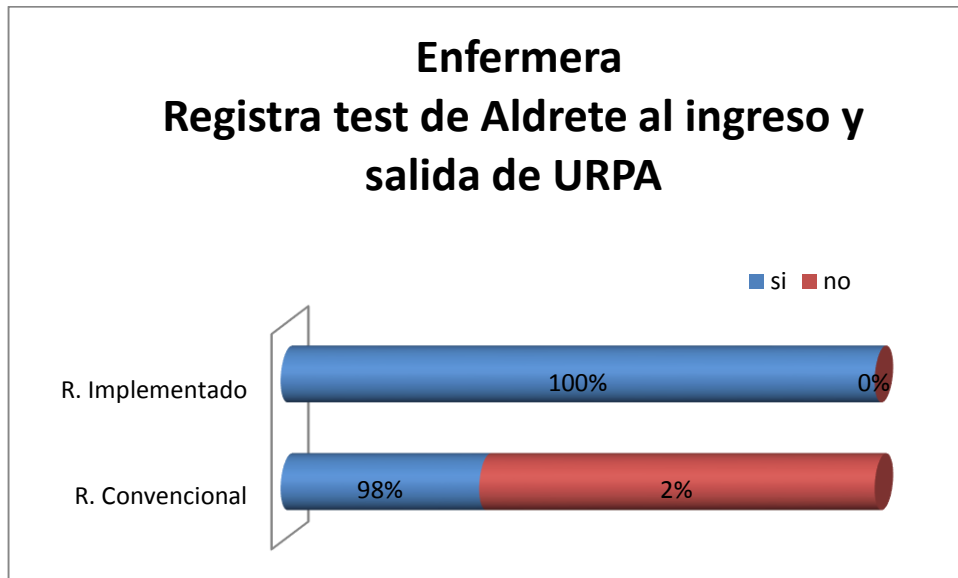


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel registran el nombre del cirujano que operó a la paciente al 100% con ambos registros.

GRÁFICO N° 8

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

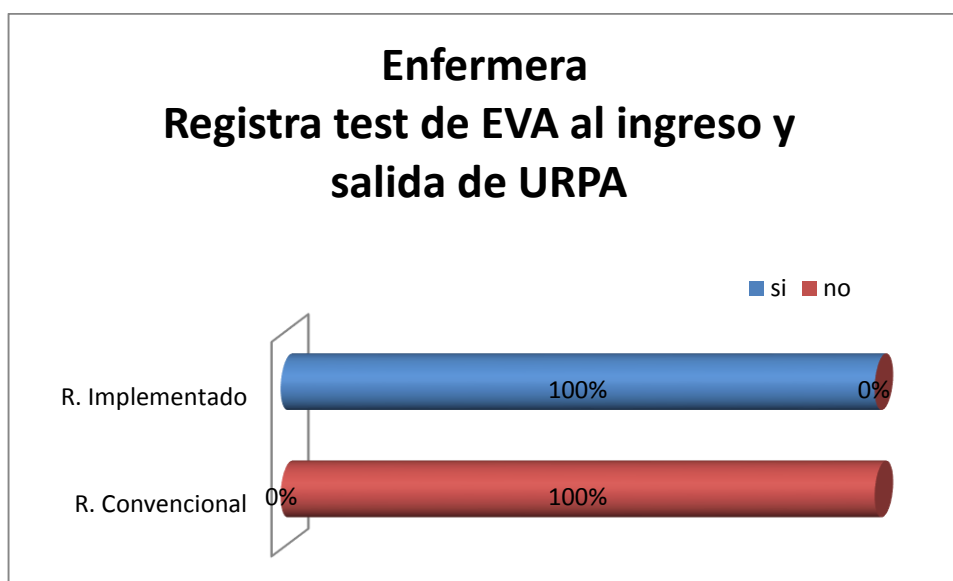


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Los resultados mostrados en el gráfico N 8 demuestran que el registro implementado cumple las expectativas al 100% en el registro de test de Aldrete al ingreso y salida de la paciente de la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que usando el registro convencional se registran en un 98%.

GRÁFICO N° 9

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

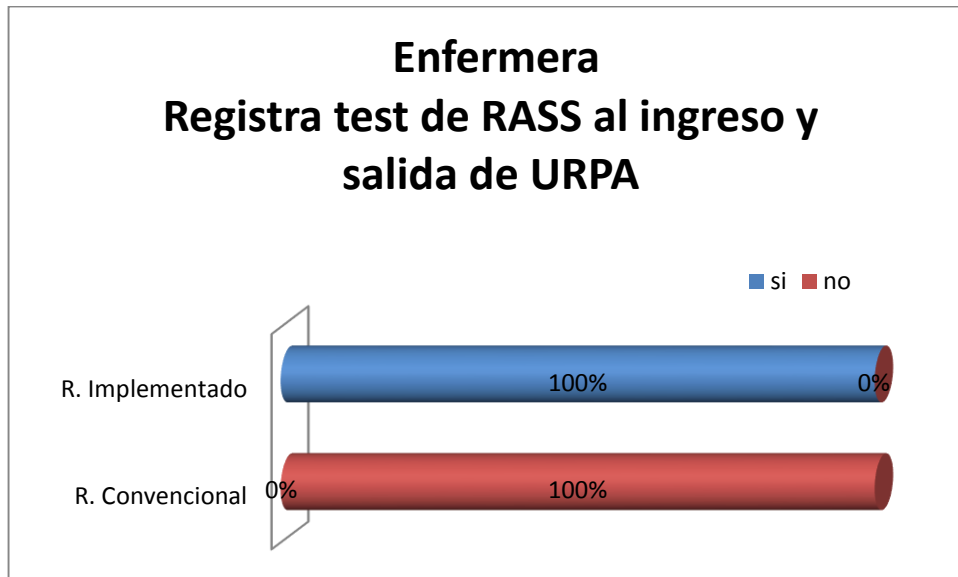


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Los resultados mostrados en este gráfico demuestran que el registro implementado cumple las expectativas al 100% en el registro de valoración del dolor de la paciente usando la Escala de Valoración Numérica, mientras que usando el registro convencional no se usa esta escala de valoración obviando este parámetro importante en la evaluación del paciente post operatorio inmediato.

GRÁFICO N° 10

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

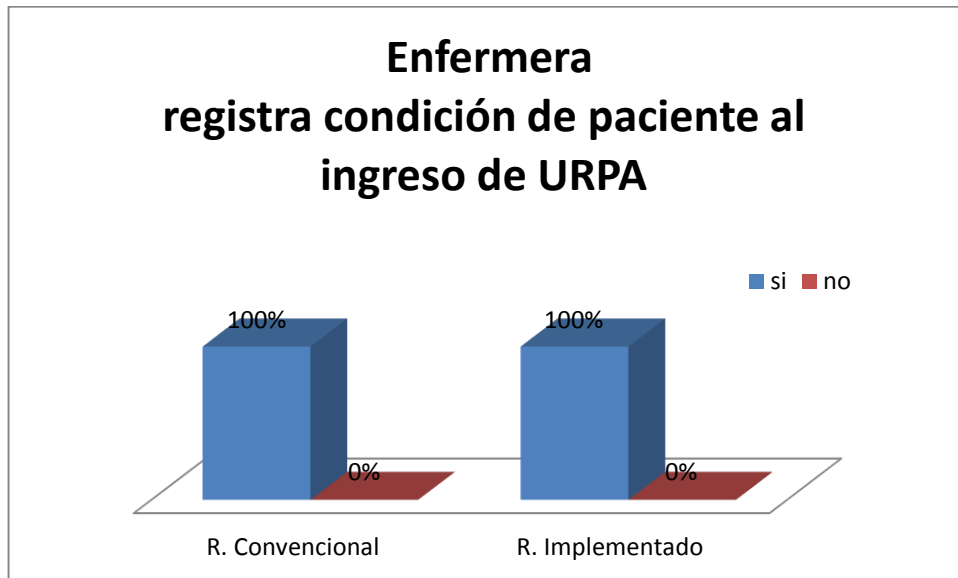


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en el registro convencional no se usa el test de RASS para medir el grado de sedación de las pacientes en la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que con el registro implementado esta evaluación es en el 100%.

GRÁFICO N° 11

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

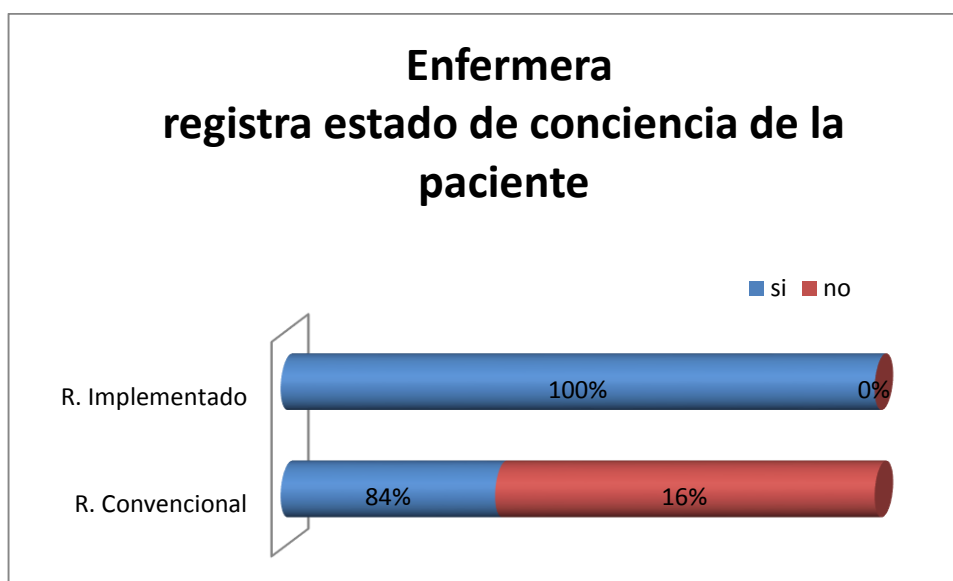


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Este gráfico nos demuestra que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel registran condiciones de la paciente al ingreso a la unidad en un 100% haciendo uso de ambos registros.

GRÁFICO N° 12

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

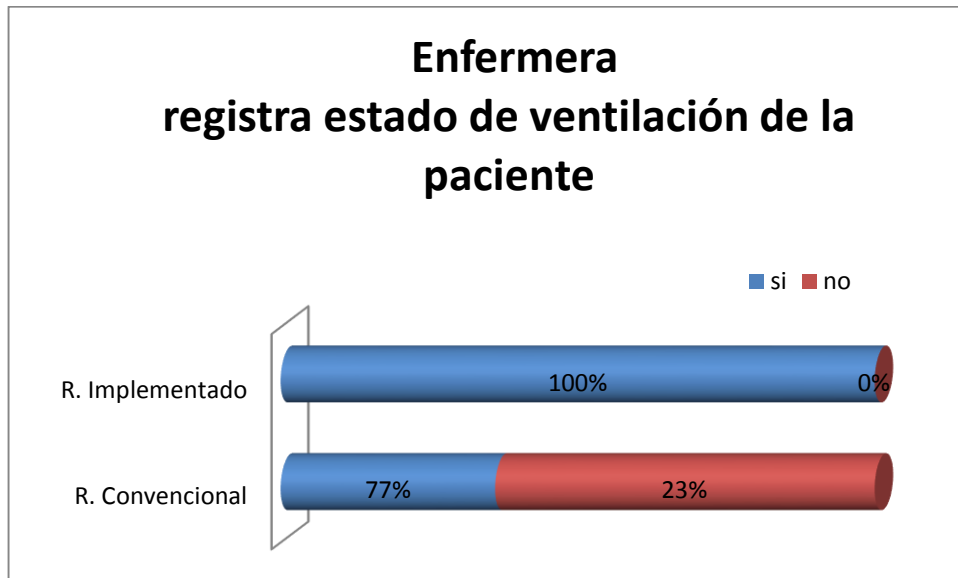


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en el registro convencional en un 84% de los registros se visualiza el estado de conciencia, mientras que con el registro implementado se visualiza la evaluación del estado de conciencia en un 100% de los registros revisados.

GRÁFICO N° 13

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

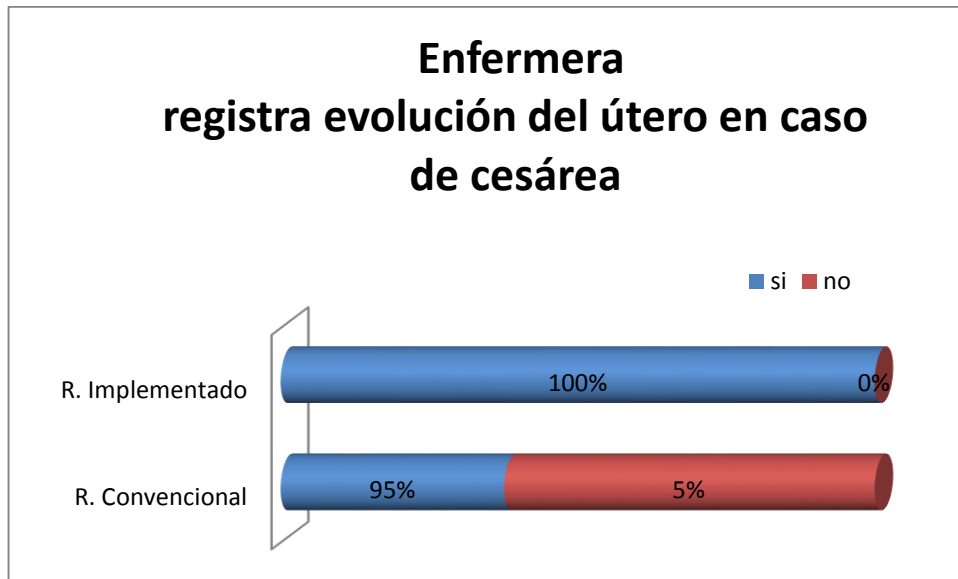


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en el registro convencional el 23% de los registros evaluados la enfermera no anota el estado de ventilación de la paciente en la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que con el registro implementado esta evaluación es en el 100%.

GRÁFICO N° 14

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

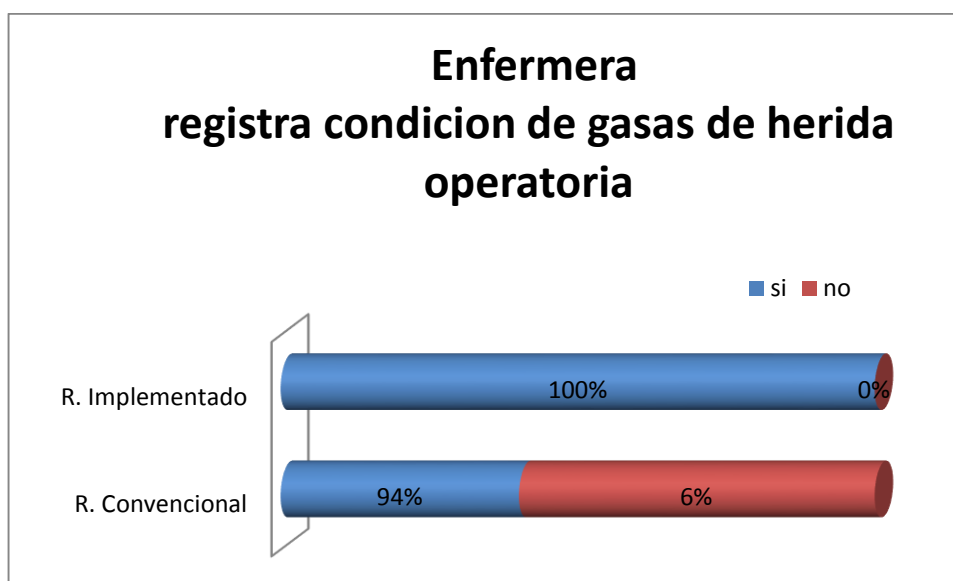


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico nos muestra que de los 100 registros evaluados 75 corresponden a cirugía de cesárea, usando el registro convencional vemos que 4 de ellos que corresponden al 5 % no se visualizan información sobre evolución del útero, con el registro implementado se anotan en un 100%.

GRÁFICO N° 15

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

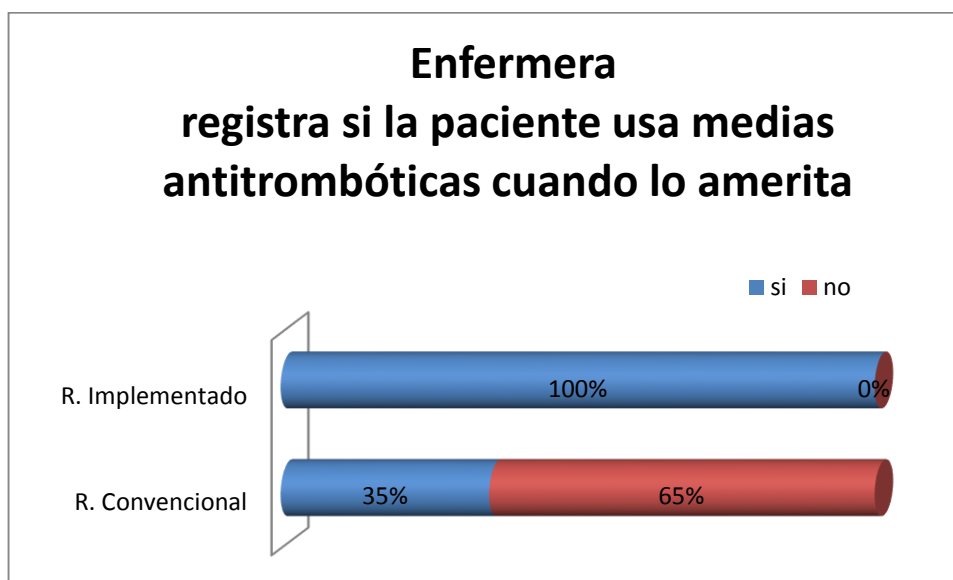


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En el gráfico N° 15 nos muestra que de los 100 registros evaluados 83 pacientes se les colocó gasas para cubrir herida operatoria usando el registro convencional vemos que 5 de ellos que corresponden al 6 % no registran la condición de las gasas, por otro lado con el registro implementado se anotan en un 100%.

GRÁFICO N° 16

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

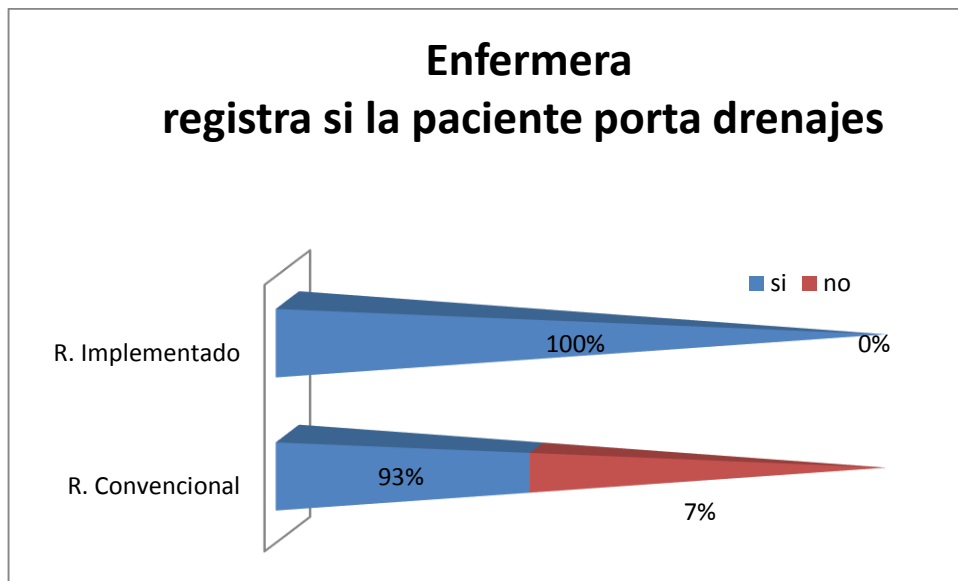


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En el gráfico N° 16 nos muestra que de los 100 registros evaluados 77 de las pacientes amerita el uso de medias antitrombóticas, usando el registro convencional vemos que en 50 de los registros que corresponden al 65 % no registran el uso de estas medias, por otro lado con el registro implementado de los 100 registros evaluados 79 de las pacientes amerita el uso de medias satisfactoriamente se registraron en un 100%.

GRÁFICO N° 17

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

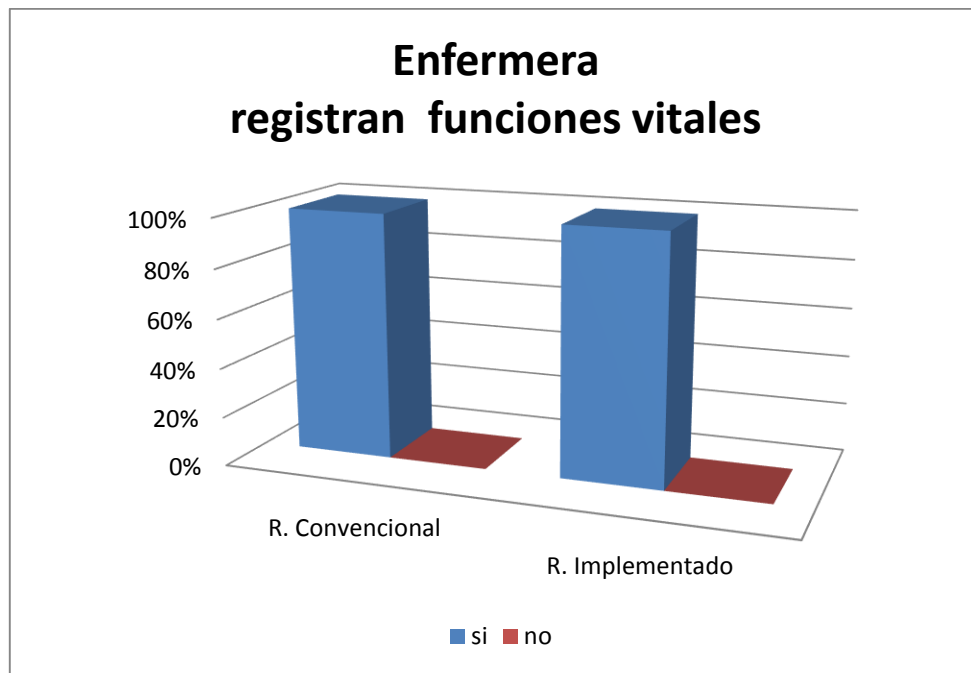


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico nos muestra que de los 100 registros evaluados 83 de las pacientes portan drenaje, usando el registro convencional vemos que 6 de ellos es decir el 7 % no se registró que la paciente porta drenajes, con el registro implementado se anotan en un 100%.

GRÁFICO N° 18

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

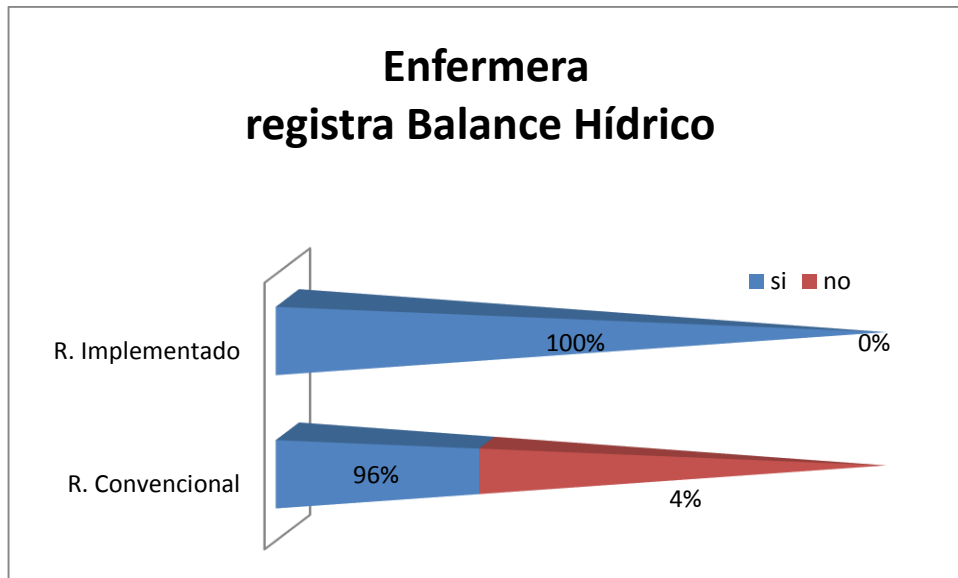


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Este gráfico nos demuestra que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel registran las funciones vitales de la paciente en un 100% haciendo uso de ambos registros.

GRÁFICO N° 19

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

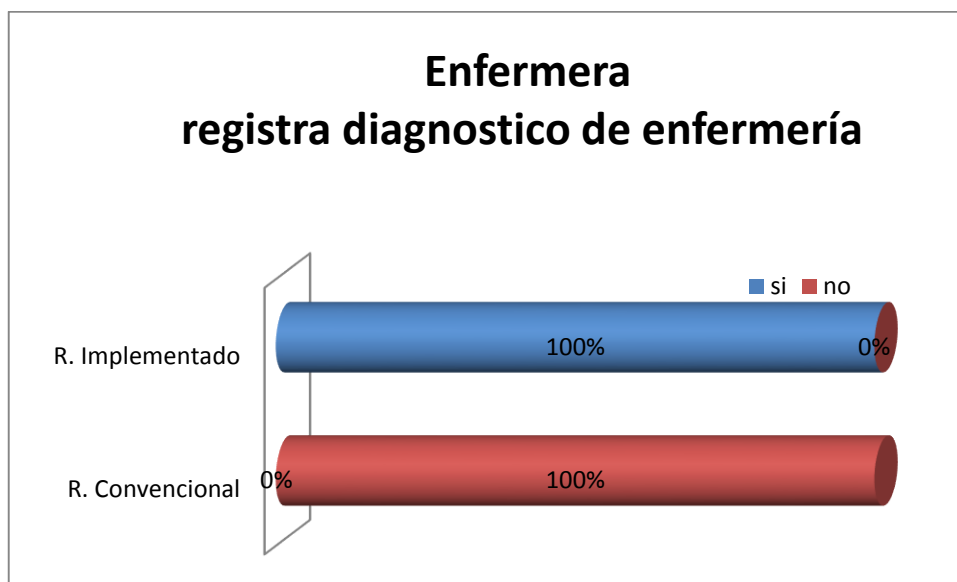


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En gráfico N°19 observamos que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel haciendo uso del registro convencional omitieron 4 resultados del balance hídrico total, mientras que haciendo uso del registro implementado se anotan al 100%.

GRÁFICO N° 20

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

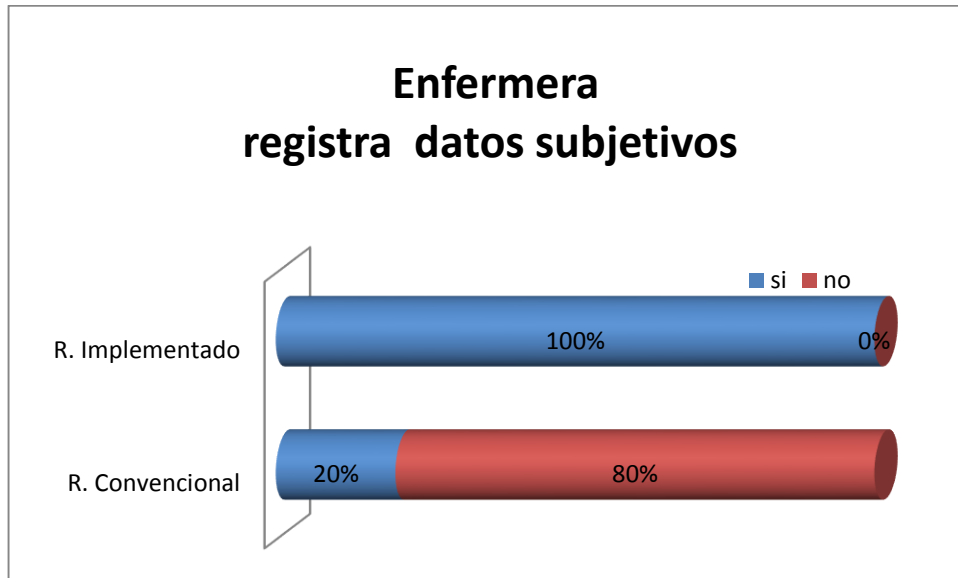


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en el registro convencional no evidencia diagnósticos de enfermería en la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que con el registro implementado esta evaluación es en el 100%.

GRÁFICO N° 21

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

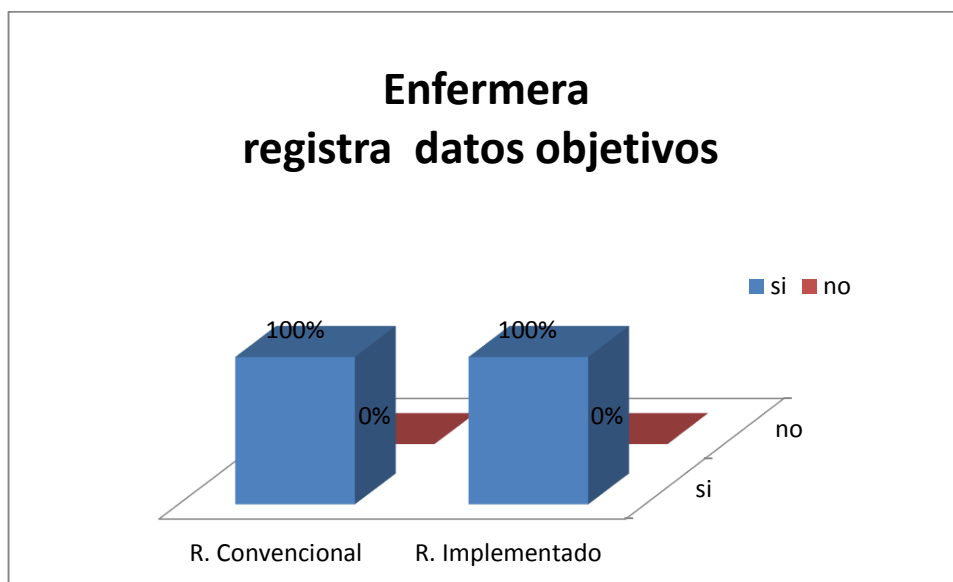


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en el registro convencional la enfermera no anota 80% de los datos subjetivos referidos por la paciente en la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que con el registro implementado esta evaluación es en el 100%.

GRÁFIC N° 22

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

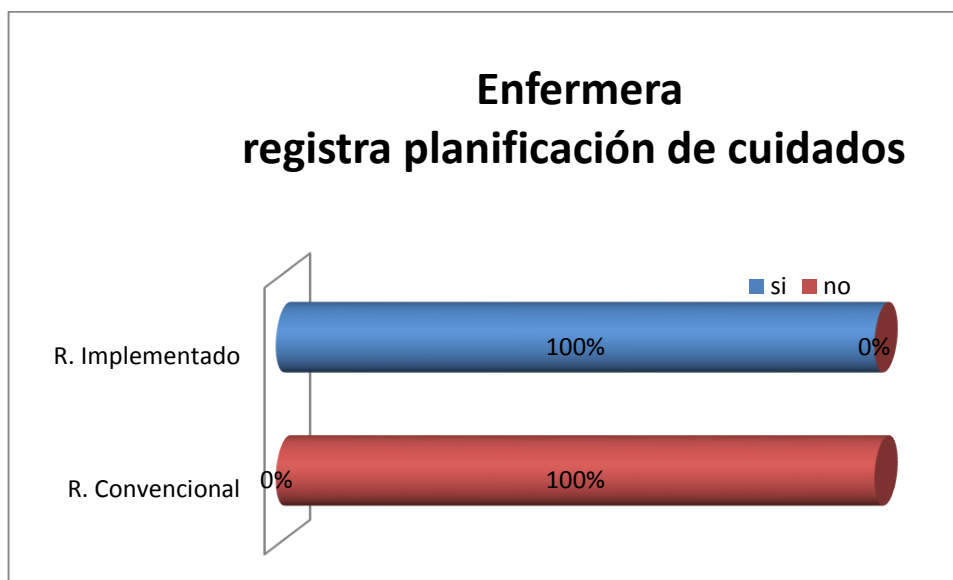


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Este gráfico nos demuestra que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel registran datos subjetivos de la paciente en un 100% haciendo uso de ambos registros.

GRÁFICO N° 23

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

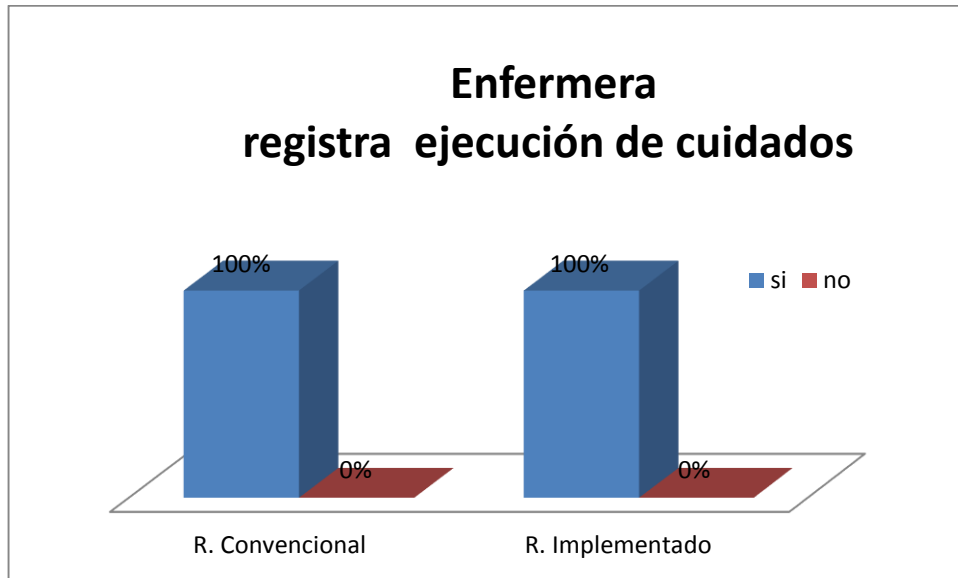


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel no registran planificación de cuidados de enfermería con el registro convencional mientras que usando el registro implementado anotan la planificación de cuidados al 100%.

GRÁFICO N° 24

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

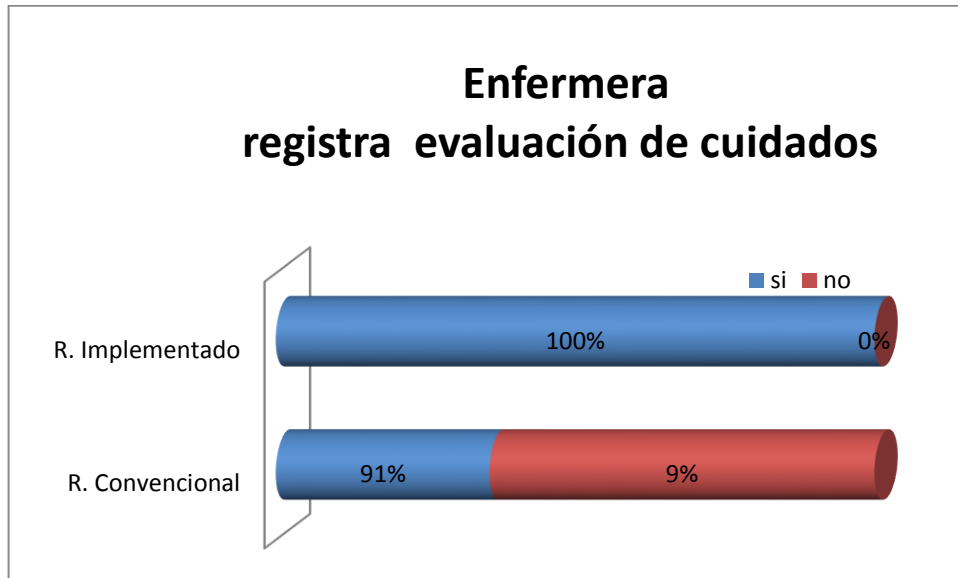


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- Este gráfico nos demuestra que las enfermeras que laboran en unidad de atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel registran ejecución de cuidados al 100% haciendo uso de ambos registros.

GRÁFICO N° 25

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

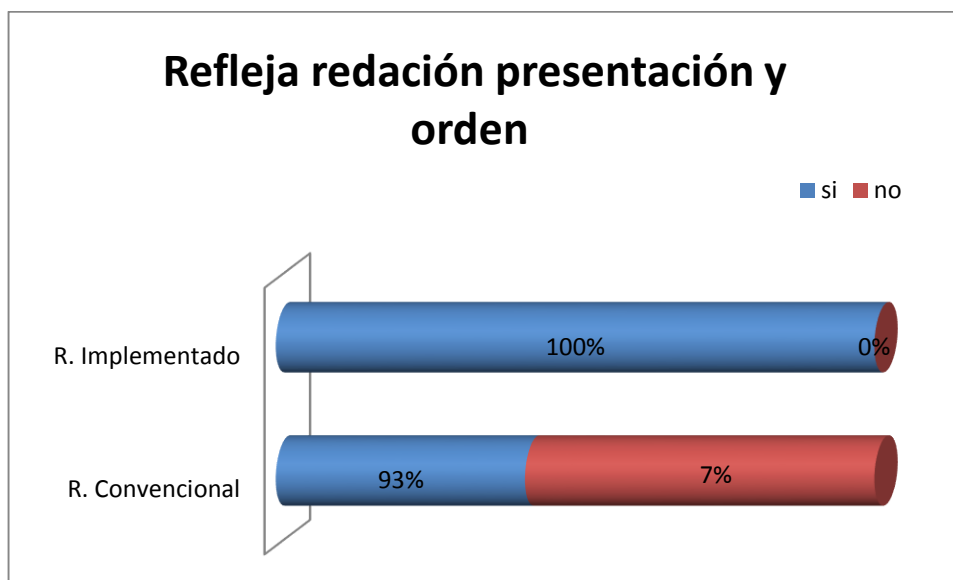


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en el registro convencional la enfermera anota la evaluación de sus cuidados en un 91% en la unidad de recuperación post operatorio inmediato, mientras que con el registro implementado esta evaluación es en el 100%.

GRÁFICO N° 26

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

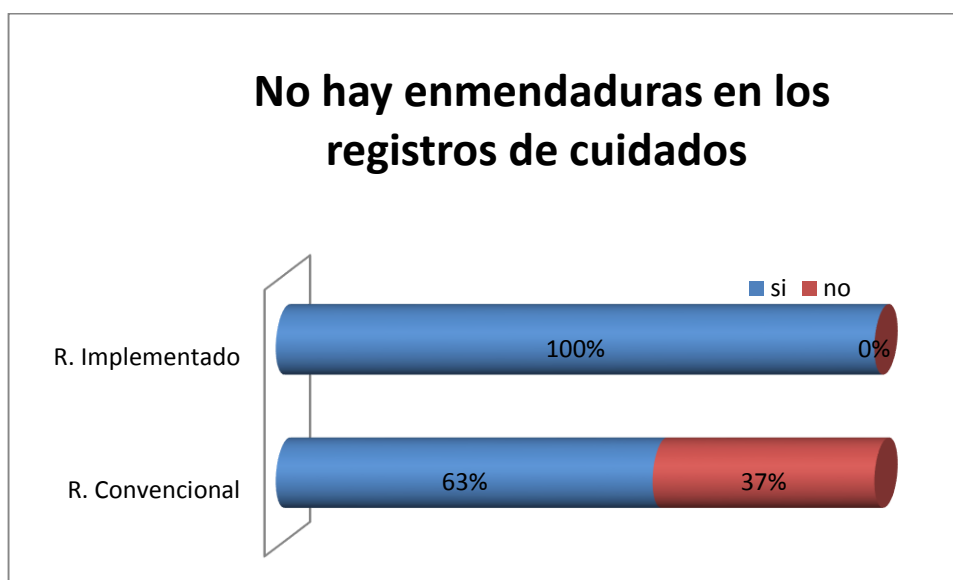


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En el gráfico N° 26 se puede apreciar que el registro implementado cumple con las expectativas para el cual fue diseñado y por ello se refleja redacción, presentación y orden al 100%, mientras que el registro convencional solo se logró en un 93%.

GRÁFICO N° 27

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

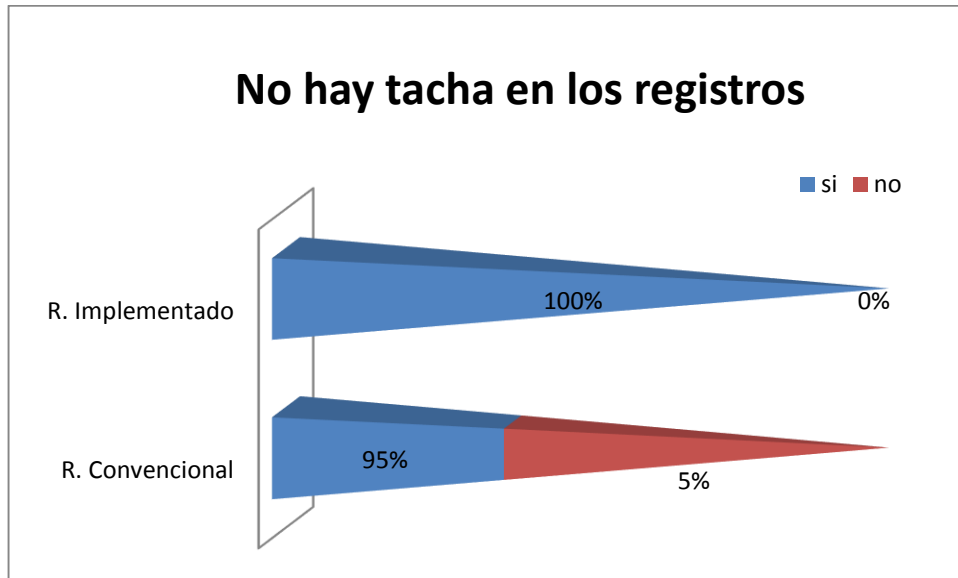


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que el registro implementado cumple con las expectativas para el cual fue diseñado en el cual no hay enmendaduras al 100%, al ser una herramienta de TIC tiene la gran ventaja de corregir de inmediato los errores en el computador, lo que no sucede con un escrito en hoja como es el registro convencional en el cual se visualizan un 37% de enmendaduras.

GRÁFICO N° 28

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016.

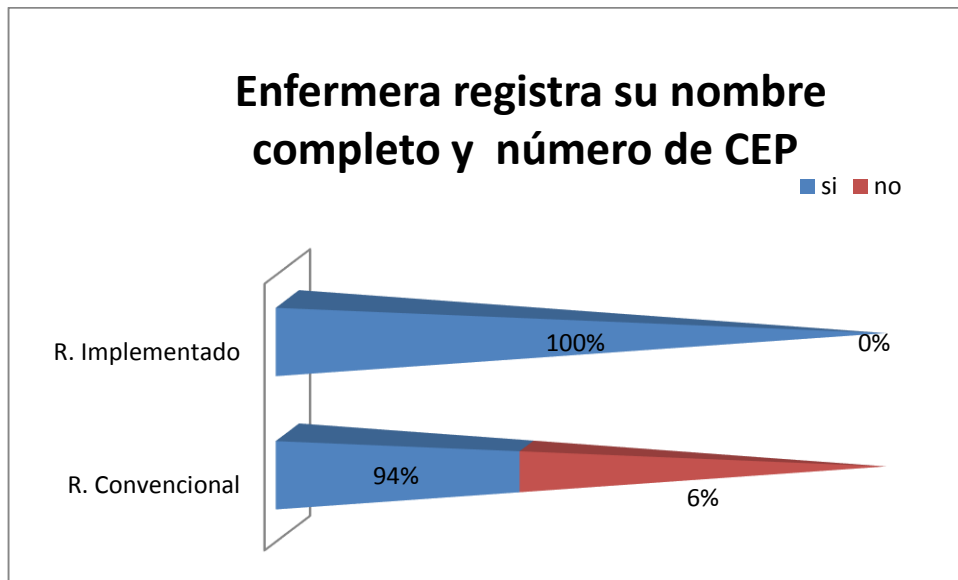


Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar la ventaja del registro implementado en el cual no hay tachas al 100%, al ser una herramienta de TIC se puede corregir de inmediato los errores en el computador, lo que no sucede con un escrito en hoja como es el registro convencional en el cual se visualizan un 5 % de enmendaduras.

GRÁFICO N° 29

CUADRO COMPARATIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016



Fuente: Instrumento aplicado a los registros de enfermería en el post operatorio inmediato en Clínica Santa Isabel, San Borja, 2016.

Interpretación.- En este gráfico se puede apreciar que en la unidad de recuperación post operatorio inmediato, haciendo uso del registro convencional la enfermera no anota su nombre completo y número de colegio de enfermeros del Perú en un 6 %, mientras que con el registro implementado si se anota al 100%.

3.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha; La implementación de un software educativo tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

Ho; La implementación de un software educativo no tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de Hipótesis mediante la t-Student

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Pre – Post	-5,00	4,234	2,050	6,197	10,348	8,961	99	,000

Según los resultados presentados en la Tabla 1, aplicando la técnica del software SPSS v.21, se obtuvo el valor de la t-Student Calculada (t_c) de 8,961; siendo además el valor de la t-Student de Tabla (t_τ) de 5,623. Como el valor de la T-Calculada es mayor que la T-de tabla ($t_\tau < t_c$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_a), con un nivel de significancia de $0,000 < p$.

Siendo cierto: La implementación de un software educativo tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

3.4. DISCUSION DE RESULTADOS

TABLA 1

PRE Y POST TEST DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SOFTWARE EDUCATIVO EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA “SANTA ISABEL” EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, 2016

IMPLEMENTACION	PRE TEST	POST TEST
ADECUADA	72%	100%
NO ADECUADA	28%	0%
TOTAL	100%	100%
Promedio	14	20
Diferencia		-6

FUENTE: *Aplicación del instrumento*

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el resultado de la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la Clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja 2016, en el Pre Test fue Adecuada en un 72% con un Promedio de (14) y en el Post Test fue Adecuada en un 100% con un Promedio de (20). Este mejoramiento en el promedio se debió a la eficacia en la implementación del software educativo, haciendo una diferencia significativa de promedios de (-6). Coincidiendo con Rojas (2014) cuyos resultados obtenidos fueron: Del 100% (324), antes del programa educativo el 58% (189) presentaban calidad técnica “buena” y 42% (135), “deficiente” Después del programa educativo el 87% (283) presentaron calidad técnica “buena” y el 13% (41), “deficiente”. Conclusiones. El programa educativo fue eficaz en el incremento de la calidad técnica de las anotaciones de enfermería del servicio de Medicina interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La calidad técnica de las anotaciones de enfermería en la dimensión contenido y en la dimensión estructura, luego de la aplicación del programa educativo fueron “buenas” significativamente. Coincidiendo además con GONZALES (2007) quien observó que solo 62.6 % del personal de enfermería registran adecuadamente los medicamentos que administran, 93.1% no registra u omite la cantidad de soluciones que administra durante su turno y

la cantidad que queda para el siguiente turno. Se omiten datos importantes por lo que son incompletos, registra información repetida, no plasma datos relevantes del estado del paciente, también anotaciones ilegibles, con tachaduras e enmendaduras, la enfermera no realiza registro y firma.

De acuerdo a los resultados presentados en la Graficas del Pre Test en la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la Clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja 2016, se tienen muy bajos resultados en el Registro de la Planificación del cuidado en un 100 %, así como en el registro del diagnóstico de enfermería, también en el ingreso y salida de URPA, además en el Test de EVA al ingreso y salida de URPA. Lo cual hace un Promedio del 72% equivalente a (14) en el Promedio vigesimal.

Coincidiendo con Quirós Fernán: (2012) quien señaló que los sistemas de información en salud requieren para ser completos, poseer todos los datos provenientes del correcto registro del proceso de atención en enfermería. Existen diferentes experiencias internacionales donde el registro electrónico mejora la completitud de los datos en comparación al modo manual. Debido a que no puede clasificar todas las fases del proceso de atención, posee dificultades en el registro de diagnósticos, llegando a la conclusión que es necesario cambiar el modelo de registro a un sistema informatizado.

Se propone que la perspectiva de enfermería en el diseño e implementación de una Historia clínica electrónica, requiere un conocimiento profundo de cinco áreas principales: tecnología, organización, sistemas de información, conocimiento práctico de la actividad realizada por los enfermeros y liderazgo, para poder manejar el proceso de información, a fin de facilitar el flujo eficiente de la información y comunicación para la correcta toma de decisiones.

De acuerdo a los resultados presentados en la Graficas con referencia a los resultados del Post Test en la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la Clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja 2016, se tienen solamente repuestas positivas evidenciando la eficacia del registro implementado.

Coincidiendo con Guane (2002) en una de sus conclusiones enfatiza que la implementación de un Software educativo resolvió la problemática de la insuficiencia de medios de enseñanza propia de la profesión para la profundización y comprobación de los contenidos relacionados con los sistemas osteomioarticular y tegumentario que se imparten en la asignatura de Morfofisiología Humana I en los estudiantes de segundo año de la carrera de enfermería en la Filial de Ciencia Médicas de Guane.

Las características propias de la aplicación contribuyeron con el mejoramiento del proceso de aprendizaje de los sistemas, de forma práctica e interactiva para el estudiante, haciendo más asequible los contenidos abordados en el tema durante el proceso docente educativo. Coincidiendo además con Lídice (2007) RESULTADOS: Se obtuvo un software educativo de tipo tutorial (POLITRAUM) dirigidos a las licenciadas en enfermería que trabajan en la atención primaria en salud del municipio Santa Cruz del Norte, provincia la Habana.

Este software contiene los cuidados inmediatos a seguir en la atención prehospitalaria al paciente politraumatizado. POLITRAUM contiene una galería de imágenes y ejercicios de autoevaluación que contribuyen a potenciar el proceso de aprendizaje. POLITRAUM fue evaluado de apto por expertos desde el punto de vista de su fiabilidad conceptual, pedagógica y funcional. Coincidiendo además con Gutiérrez (2004) se observa que el 100% de los expedientes tiene documentado los datos subjetivos, objetivos e intervenciones en el apartado correspondiente; sin embargo, se encontró que en un 8.75% de los expedientes no se documentó el plan de cuidados y en un 83.75% no se documentaron los resultados de las intervenciones.

3.2 CONCLUSIONES

1.- La implementación de un software educativo tiene una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica "Santa Isabel" en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016. Teniendo en cuenta los cambios previstos del Sistema Nacional de Salud en nuestro país. Uno de los pilares fundamentales de la calidad de atención es el cumplimiento de las normas del correcto llenado en los registros de enfermería.

2.- La elaboración de un software educativo fue eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatoria inmediata en la clínica santa Isabel aceptando la hipótesis de estudio. A partir de la revisión bibliográfica se obtuvo la información necesaria para conocer la norma Técnica 002 del MINSA (Perú 2007). En la que hace referencia al uso del proceso de atención de enfermería (PAE) ya que el método científico es la base del accionar del profesional de enfermería por ello se tomaron en cuenta en la elaboración del registro de enfermería implementado y se lograron resultados óptimos.

3.- La aplicación del software educativo para registros de enfermería en la unidad de recuperación post operatoria inmediato tiene eficacia significativa, al ser completo, detallado y acorde a las normas, favorecen al resto del equipo sanitario ya que proporcionan mayores herramientas a la hora de tomar decisiones y brindar asistencia integral. Es un deber no sólo moral sino ético-legal el correcto registro de enfermería.

4.- La evaluación de un software educativo es eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la Clínica "Santa Isabel" en el distrito de San Borja 2016, en el post Test (usando el registro implementado) fue adecuado en un 100% con un Promedio de (20). En el Pre Test (usando el registro convencional) se obtuvo 72% con un Promedio de (14). Podemos concluir que el personal de enfermería mejoró en un 100% sus registros en lo que respecta a las variables de valoración, diagnósticos, planificación, intervenciones de enfermería y evaluación,

3.3 RECOMENDACIONES

1.- Se recomienda el uso de un registro electrónico educativo para profesionales de enfermería que faciliten la comunicación y uso de test aplicables para el tipo de área o unidad que se trabaje que brinde las facilidades de las TIC disminuyendo tiempo y errores ortográficos.

2.- Los profesionales de enfermería debemos tener presente que sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional, para lo cual es necesario aplicar una base teórica como el que nos indica Faye Glenn Abdellah que impulsa a la enfermera a alcanzar un estatus profesional completo y plena autonomía y para ello es necesario una base sólida de conocimientos y la aplicación del método científico que es el Proceso de Atención de Enfermería.

3.- Otra propuesta para favorecer el cumplimiento del correcto llenado del registro de enfermería es brindar educación actualizada al personal de enfermería durante su formación académica y dentro del ámbito laboral sobre la normativa vigente de la misma. Recordemos que es compromiso y exigencia de toda enfermera la actualización y el uso de SOAPIE en sus registros.

3.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodriguez Lamas, R. (2000). *Introducción a la informática educativa*. La Haban, Cuba: Pueblo y Educación.
- Alvarez Gutierrez , M. (2004). Evaluación de los Sistemas de Registro en la atención de Enfermería unidad de Neonatología del Hospital Regional de la Ciudad de Valdivia. Valdivia.
- American Nurses Association. (13 de Abril de 2016). *RADM Faye Glenn Abdellah*. Obtenido de <http://www.nursingworld.org/fayeglennabdellah>
- American Nurses Association, Nursing. (2004). Scope and Standards of Practice. *Scope and Standards of Practice*. E.E.U.U.
- Ausubel, D., Novak, J., & Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.
- Basozabal Zamacona, B. (Marzo de 2003). *Manual de enfermería quirúrgica*. España.
- blogenfermeria*. (Marzo de 2012). Recuperado el febrero de 2016., de <http://blogenfermeria.com/noticias-2/>
- Bonilla Zafra, G., & Carmona Monge , F. (2013). Informatización de los registros enfermeros en una unidad de cuidados críticos. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid. Madrid, España.
- Bravo Peña , M. (2012). *Guía Metodológica del PAE aplicación de teorías de Enfermería, Perú* . Lima: 3era edición .
- Bravo Peña, M. (2016). *Guía metodológica del PAE, Taxonomías NANDA, NOC y NIC (4ta ed.)*. Lima, Lima.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Mc Closkey Dochterman, J. (2009). classification de intervenciones de enfermería. España .
- Carpenito Juall, L. (2013). Manual de diagnósticos enfermeros. Lippincott. Edición: 14ª.
- Colegio de Enfermeros del Perú. (2009). Código de Ética y Deontología. *Capítulo V: La Enfermera en Docencia e Investigación* . Lima, Perú.
- Cortez Cuaresma, G., & Castillo Lujan , F. (2004). *Guía para elaborar proceso, registros, protocolo y cuidado de enfermería*. Perú.
- Curbelo Mena, P. P., Águila Moya, O., Ruiz Pérez, P. J., Rodríguez Leiva, T., & Pérez Contreras, H. (2013). Software educativo de Morfofisiología con enfoque interdisciplinario para tercer año de Licenciatura en Enfermería. Cuba.
- Fernandez Lasaquetty, B. (2010). *Taller de taxonomía en enfermería*. Recuperado el 27 de Octubre de 2015., de http://taxonomiaenfermera.com/pag/importancia_lenguajes.html

- Galvis Panqueva, A. (1994). *Ingeniería de Software educativo*. Colombia: Ediciones Uniandes.
- García Ramírez, A. M., & Valentín, L. (2007). *Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería*. Madrid.
- Giménez, D. (2009). *Concepto, finalidad e importancia médico legal de la Historia Clínica*. España.
- Gonzales Gutiérrez, M. (2007). *Evaluación de la calidad de los registros de enfermería de Santiago de Querétaro*. Santiago de Querétaro.
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de Enfermeros, EEUU* (Décima edición ed.). EEUU: El severier.
- Gutiérrez Valverde, J. M. (2004). *Documentación de enfermería en el expediente electrónico*. México. México.
- Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). *Metodología de la Investigación* (6to ed.). Mc20 Graw Hill Education.
- Kruchten, P. (1995). *Architectural Blueprints View Model of Software Architecture*.
- Leon Roman, C. (2008). *Aplicación del método cubano de registro clínico del proceso de atención de enfermería presentada en el periodo comprendido de junio de 2004 a febrero de 2007*, La Habana- Cuba 2008. La Habana, Cuba.
- Ley del Trabajo del Enfermero Peruano. (2002). Ley N 27669. *Decreto Supremo N 004-2002-SA*. Lima, Perú.
- Ley Universitaria 30220. (2014). Artículo 6. Lima, Perú.
- Martinez Ques, A. (2004). Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Sctualidad Sanitaria*, 54.
- Mederos Villalon, L. (2006 -2007). *Tutorial para el personal de enfermería en la atención al paciente politraumatizado*. Santa Cruz del Norte. Cuba. Santa Cruz del Norte, Cuba.
- Ministerio de Educación. (2012). *Ley General de Educación. Reglamento de la Ley N 28044*. Lima, Perú.
- MINSA. (2007). *Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica*. Perú, 2007. *Norma Técnica N002- MINSA*,, 24.
- MINSA. (2007). *Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica Lima-Perú*. *Norma Técnica N002- MINSA*, 12.
- Morales Loayza, S. (2011). *Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua*. Moquegua, Perú.
- Muguía Álvarez, D., & Castellanos Rodríguez, K. (2006). *Software Educativo*.

- NANDA Internacional. (2012). Diagnósticos de enfermeros definición y clasificación 2012. .E.E.U.U: byT.Herdman.
- Obando Zegarra, R. (2006). Compendio de guía intervenciones y Procedimientos de Enfermería. Perú.
- Rojas Almeyda, A. J. (2014). Eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina interna de un hospital Nacional E.R.M. Lima. Perú. Lima, Perú.
- salonhogar.ciencias y tecnologias*. (2008). Obtenido de [http://www.salonhogar.com/ciencias/tecnologias/computadoras/definicion software.htm](http://www.salonhogar.com/ciencias/tecnologias/computadoras/definicion%20software.htm)
- Sanchez, J. (1999). Construyendo y Aprendiendo con el Computador.
- Schachne, B. V. (2012). Informatización del proceso de atención en enfermería en un hospital de alta complejidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Schachner , B. (2014). Implementación Implementación de un Registro electrónico para Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto. Departamento de Informática en Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires Argetina. Buenos Aires, Argetina.
- teoriasdeenfermeria*. (9 de Junio de 2012). Recuperado el 2016, de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>
- Torres Santiago, R., & Zárate Grajales, A. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación, Enero – marzo 2011. México.

ANEXOS

ANEXO N 1

INSTRUMENTO

LISTA DE CHEQUEO DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO

Objetivo: Determinar si el registro electrónico de enfermería cumple con los estándares establecidos por el MINSA .La información será utilizada con fines de investigación para tesis llamada “Implementación de software educativo para el registro de enfermería en el post operatorio inmediato en la Clínica Santa Isabel 2016”.

Instrucciones: El siguiente documento consta de 29 ítems los cuales serán llenados de la siguiente forma:

- Registrar en la primera parte del formato los datos generales con letra clara y legible
- Marcar con un check en los casilleros SI o NO

SI: si realiza las acciones del enunciado **NO:** no realiza las acciones del enunciado

- Anotar en observaciones algún dato importante en el registro revisado.

LISTA DE CHEQUEO DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO

N de Historia Clínica..... DX Clínico.....N de Cama.....

Fecha de chequeo.....Fecha del registro de enfermería.....

Nº	INDICADORES	CARACTERÍSTICAS		observaciones
		SI	NO	
1	Coloca nombres y apellido del paciente.			
2	Registra número de historia clínica.			
3	Registra Número de cama.			
4	Registra Fecha, hora ingreso y salida de paciente de URPA			
5	Registra antecedentes de enfermedades			
6	Registra tipo de anestesia			
7	Registra nombre de cirujano quien operó a la paciente			

8	Registra test de Aldrette al ingreso y a la salida			
9	Registra test de EVA al ingreso y a la salida			
10	Registra test de Rass			
11	Registra condición de ingreso de la paciente al servicio			
12	Registra estado de conciencia			
13	Registra ventilación			
14	Registra evolución del útero en caso de cesárea			
15	Registra condición de apósitos de herida operatoria			
16	Registra si la paciente usa medias antitrombóticas cuando lo amerita			
17	Registra drenajes			
18	Registra funciones vitales			
19	Registra BH en SOP y URPA			
20	Registra Dx de Enfermería			
21	Registra Datos Subjetivos			
22	Registra Datos Objetivos			
23	Registra planificación de cuidados			
24	Realiza Ejecución			
27	Realiza Evaluación			
26	Refleja redacción presentación y orden			
27	Sin enmendadura.			
28	Sin tacha			
29	Enfermera registra su nombre completo y número de CEP.			

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

Director Médico de la Clínica Santa Isabel

 Av. Guardia Civil 135, San Borja
Tel. 417 4100
www.clinicasantaisabel.com

Clínica  Santa Isabel

San Borja 22 de Setiembre del 2015

Señores
Escuela de Postgrado
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Presente. -

Por la presente hago constar que el proyecto de investigación titulado "IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA MEDIANTE UN SOFTWARE EDUCATIVO EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL "DEL DISTRITO DE SAN BORJA AÑO 2016", ha sido evaluado y aprobado por nuestro comité de ética.

Por consiguiente, se autoriza a la Lic. Carla Enciso Huayhuas, como la persona encargada de aplicar y recolectar los datos con fines estrictamente relacionados a la investigación.

Sin otro particular

Atentamente


.....
Dr. Nestor Vega M.
Director Médico
C.M.P. 10417 E.N.E. 2470
CLINICA SANTA ISABEL S.A.C.

 
Certificado en Sistema de Gestión de Calidad



ANEXO 3

INFORMES DE OPINIÓN DE EXPERTOS



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante:..... Dr. Héctor Esteban Gatillón Palacios
- 1.2 Institución donde labora:..... UNE-ENRIQUE GUZMÁN Y VALLE - LA CANTUTA
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación:..... Encuesta - cuestionario
- 1.4 Autor del instrumento:..... Prueba TAU de Kendall
- 1.5 Título de la Investigación: IMPLEMENTACIÓN DE UN SOFTWARE EDUCATIVO EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" DEL DISTRITO DE SAN BORJA. AÑO 2016.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																				✓
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.																				✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.																				✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.																				✓
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																				✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																				✓
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																				✓
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.																				✓
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																				✓
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia																				✓

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Puede aplicarse sin problemas

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95.0

LUGAR Y FECHA: Jesús Heriz 30-04-16

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI: 8544330 Teléfono: 969281276



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante: Mg. Yolanda Perez Morales
 1.2 Institución donde labora: Hospital Nacional "Santa Rosa" - MINSA
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: Lista de Chequeo
 1.4 Autor del instrumento: la investigadora
 1.5 Título de la Investigación: Implementación de los registros de Enfermería mediante un software educativo en la atención por operadora inmediata en la "Clínica" Jairo Stabel " San Borja 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.																				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.																				X	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																				X	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																				X	
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.																				X	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																				X	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia																				X	

III. OPINION DE APLICABILIDAD: el software Educativo es una herramienta importante para el profesional de enfermería y es una herramienta importante para el desarrollo y mejora de la calidad de atención

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 85
 LUGAR Y FECHA: Lima 8 Enero 2016


 FIRMA: YOLANDA A. PEREZ MORALES
 SUPERVISORA DPTO. DE ENFERMERIA
 DNI: 17805815 C.E.P. 210127419/47757
 Teléfono: 97971154



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante:..... Dr. Abel Palomino Orizano
 1.2 Institución donde labora:..... Universidad Alas Peruanas - UAP
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación:..... Encuesta
 1.4 Autor del instrumento:..... La investigadora.
 1.5 Título de la Investigación:..... "Implementación de un software educativo en los registros de enfermería en la atención post operatorio en la clínica "Santa Isabel" en el distrito de San Borja, año 2015"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																			X	
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																			X	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.																			X	
4.ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.																			X	
5.SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad																			X	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																			X	
7.CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																			X	
8.COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.																			X	
9.METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																			X	
10.PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia																			X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Es factible su aplicación -*

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *85.0*

LUGAR Y FECHA: *Jesus Maria*

Abel Palomino Orizano
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI *09653361* Teléfono *999831492*



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante:..... Dr. José Muñoz Salazar.
- 1.2 Institución donde labora:..... UAP - "Alas Peruanas"
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación:..... Encuesta - cuestionario
- 1.4 Autor del instrumento:..... Prueba TAU de Kendall
- 1.5 Título de la Investigación: IMPLEMENTACIÓN DE UN SOFTWARE EDUCATIVO EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA "SANTA ISABEL" DEL DISTRITO DE SAN BORJA. AÑO 2016.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																			X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																			X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.																			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.																			X	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad.																			X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																			X	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																			X	
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.																			X	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																			X	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia																			X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Puede aplicarse

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90.0 //

LUGAR Y FECHA: Lima, 27-04-16 //

[Firma manuscrita]
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI. 07653366 Teléfono 988744418

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante: Bravo Peña Hezy
 1.2 Institución donde labora: Hospital Néstor Cerro Gonzales
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: Lista de chequeo para la calidad del registro de enfermería en post operatorios.
 1.4 Autor del instrumento: Lic. Carolina Huayhuas
 1.5 Título de la Investigación: Implementación de un sistema educativo en los registros de enfermería en la atención post operatoria implementado en la clínica "Santa Isabel" del distrito de San Borja - ADO 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																			X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																			X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.																			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.																			X	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad.																			X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																			X	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																			X	
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.																			X	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																			X	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.																			X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Es aplicable.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90.0 //

LUGAR Y FECHA: 30 ENERO 2016 //


 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI 10474708 Teléfono 999 337491

ANEXO 4. PRUEBA BINOMIAL

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL							
	J1	J2	J3	J4	J5	p. BINOMIAL	Prom.
1	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
2	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
3	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
4	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
5	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
6	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
7	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
8	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
9	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
10	0.95	0.9	0.9	0.85	0.85	0.03125	0.89
						0.31250	0.89
			Ins. Total =	0.03125			

Ho La probabilidad de éxito es de 0.50. No hay concordancia entre los jueces

Ha La proporción de los jueces es diferente de 0.5. Si hay concordancia entre los jueces

El resultado es 0.03125, por ser menor que 0.05 se rechaza la Ho y se acepta la Ha

Es decir, si hay concordancia entre los jueces.

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Reemplazamos por los valores obtenidos:

Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{5}{5 + 0} \times 100$$

$$b = 100.00\%$$

Dónde:

b= Grado de concordancia entre jueces

Ta = n° total de acuerdos

Td = n° total de desacuerdos.

ANEXO 5

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha; La implementación de un software educativo tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

Ho; La implementación de un software educativo no tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de Hipótesis mediante la t-Student

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación n típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Pre – Post	-5,00	4,234	2,050	6,197	10,348	8,961	99	,000

Según los resultados presentados en la Tabla 1, aplicando la técnica del software SPSS v.21, se obtuvo el valor de la t-Student Calculada (t_c) de 8,961; siendo además el valor de la t-Student de Tabla (t_τ) de 5,623. Como el valor de la T-Calculada es mayor que la T-de tabla ($t_\tau < t_c$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_a), con un nivel de significancia de $0,000 < p$.

Siendo cierto: La implementación de un software educativo tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana, año 2016.

ANEXO 6

DATA DE RESULTADOS DE LISTA DE CHEQUEO DE LOS REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO

Se revisó 100 registro de enfermería de post operadas inmediatas de las siguientes cirugías desde del mes de Junio a Octubre 2015 (formato convencional)		
CIRUGIAS	N DE Registros evaluados	porcentaje de Registros evaluados
cesárea	75	75%
Miomectomía convencional	2	2%
Histeroscopia	8	8%
Legrado uterino / AMEU	9	9%
laparoscopia	6	6%
TOTAL DE REGISTROS EVALUADOS	100	100%

1	Enfermera registra nombres y apellidos de la paciente	SI	NO	TOTAL
		78	22	100
	NO se registró segundo nombre de paciente	67%	22%	100%
2	Registra N° de HC	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
3	Registra número de cama de paciente	SI	NO	TOTAL
		83	17	100
		83%	17%	100%
4	Registra fecha y hora de ingreso de paciente y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		94	6	100
		94%	6%	100%
5	Registra antecedentes de enfermedades y cirugías de la paciente	SI	NO	TOTAL
		73	27	100
		73%	27%	100%
6	Registra tipo de anestesia de paciente post operada	SI	NO	TOTAL
		91	9	100
		91%	9%	100%
7	Registra nombre de cirujano que operó a la paciente	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

8	Registra test de Aldrete al ingreso y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		98	2	100
		98%	2%	100%
9	Registra test de EVA al ingreso y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		0	100	100
		0%	100%	100%
10	Registra test de RASS al ingreso y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		0	100	100
		0%	100%	100%
11	registra condición de paciente al ingreso de URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
12	Registra estado de conciencia	SI	NO	TOTAL
		84	16	100
		84%	16%	100%
13	Registra estado de ventilación de la paciente	SI	NO	TOTAL
		77	23	100%
		77%	23%	100%
14	Registra evolución del útero en caso de cesárea	SI	NO	TOTAL
		71	4	75
		95%	5%	100%
15	Registra condición de gasas de herida operatoria	SI	NO	TOTAL
		78	5	83
		94%	6%	100%
16	Registra si paciente usa medias antitrombóticas cuando lo amerita	SI	NO	TOTAL
		27	50	77
		35%	65%	100%
17	Registra si paciente porta drenajes	SI	NO	TOTAL
		77	6	83
		93%	7%	100%
18	Registran funciones vitales	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
	En 55 registros no usan cuadro de funciones vitales	100%	0%	100%

19	Registra Balance Hídrico en SOP y URPA	SI	NO	TOTAL
		59	41	100
		59%	41%	100%
20	Registra diagnóstico de enfermería	SI	NO	TOTAL
		0	100	100
		0%	100%	100%
21	Registra datos subjetivos	SI	NO	TOTAL
		20	80	100
		20%	80%	100%
22	Registra datos objetivos	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
23	Registra planificación de cuidados	SI	NO	TOTAL
		0	100	100
		0%	100%	100%
24	Registra ejecución de cuidados	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
25	Registra evaluación de cuidados	SI	NO	TOTAL
		91	9	100
		91%	9%	100%
26	Refleja redacción presentación y orden	SI	NO	TOTAL
		93	7	100
		93%	7%	100%
27	No hay enmendaduras en los registros	SI	NO	TOTAL
		63	37	100
		63%	37%	100%
28	No hay tacha en los registros	SI	NO	TOTAL
		95	5	100
		95%	5%	100%
29	Enfermera registra su nombre completo y número de CEP	SI	NO	TOTAL
		94	6	100
		94%	6%	100%

Se revisó 100 registro de enfermería de post operadas inmediatas de las siguientes cirugías desde mes de Enero 2016 al mes de Mayo 2016 (formato implementado)		
CIRUGIAS	N DE Registros evaluados	porcentaje de Registros evaluados
cesárea	77	77%
Miomectomía convencional	2	2%
Histeroscopia	9	9%
Legrado uterino / AMEU	11	11%
laparoscopia	1	1%
TOTAL DE REGISTROS EVALUADOS	100	100%

1	Enfermera registra nombres y apellidos de la paciente	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

2	Enfermera registra N° de HC	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

3	Registra número de cama de paciente	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

4	Registra fecha y hora de ingreso de paciente y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

5	Registra antecedentes de enfermedades y cirugías de paciente	SI	NO	TOTAL
		100		
		100 %	0%	100%

6	Registra tipo de anestesia de paciente post operada	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

7	Registra nombre de cirujano que operó a la paciente	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

8	Registra test de Aldrete al ingreso y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
9	Registra test de EVA al ingreso y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
10	Registra test de RASS al ingreso y salida de URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
11	Registra condición de paciente al ingreso de URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
12	Registra estado de conciencia de la paciente	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
13	Registra estado de ventilación la paciente	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
14	Registra evolución del útero en caso de cesárea	SI	NO	TOTAL
		77	0	77
		100%	0%	100%
15	Registra condición de gasas de herida operatoria	SI	NO	TOTAL
		80	0	80
		100%	0%	100%
16	Registra si paciente usa medias antitrombóticas cuando lo amerita	SI	NO	TOTAL
		79	0	79
		100%	0%	100%
17	Registra si paciente porta drenajes	SI	NO	TOTAL
		80	0	80
		100%	0%	100%
18	Registran funciones vitales	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

19	Registra BH en SOP y URPA	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
20	Registra diagnóstico de enfermería	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
21	Registra datos subjetivos	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
22	Registra datos objetivos	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
23	Registra planificación de cuidados	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
24	Registra ejecución de cuidados	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
25	Registra evaluación de cuidados	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
26	Refleja redacción presentación y orden	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
27	No hay enmendaduras en los registros	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
28	No hay tacha en los registros	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%
29	Enfermera registra su nombre completo y número de CEP	SI	NO	TOTAL
		100	0	100
		100%	0%	100%

ANEXO 7

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA MEDIANTE UN SOFTWARE EDUCATIVO EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA “SANTA ISABEL”

“REGISTRO DE ENFERMERIA, SOFTWARE - APLICACIÓN DEL SOAPIE”

AUTOR: Licenciada Carla Enciso Huayhuas

LIMA- PERU

2016

I. GRUPO OBJETIVO:

Enfermeras del servicio de centro quirúrgico de la Clínica “Santa Isabel”

II. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Enfermeras con limitado uso del SOAPIE en sus registros relacionado a falta de actualización.

III. PLANEAMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACION.

3.1. Tema: Registros de enfermería, software - aplicación del SOAPIE.

3.2. Título: “APLICACIÓN DEL SOAPIE”

3.3. Técnica: Exposición participativa - demostrativa (Existiendo una valoración de las anotaciones antes y después de la aplicación del programa educativo).

3.4. Lugar de Ejecución: CLÍNICA “SANTA ISABEL”

3.5. Horario: martes y jueves de 8:00 a 9:00 de Noviembre y diciembre del 2015.

3.6. Total de Horas: 6 horas presenciales. Siendo en total 6 sesiones. Cada sesión se constituirá de 1 hora.

3.7. Fechas de ejecución: Noviembre y diciembre del 2015

3.8. Autor: Licenciada Carla Enciso Huayhuas

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Capacitar a las enfermeras del servicio Enfermeras del servicio de centro quirúrgico de la “Clínica Santa Isabel” en los temas: Registros de enfermería, software - aplicación del SOAPIE. Con la finalidad de mejorar su aplicación y a su vez demostrando calidad en su desempeño profesional.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a las enfermeras sobre la necesidad de la información respecto a los registros de enfermería, software - aplicación del SOAPIE.
- Facilitar información sobre el uso del registro de enfermería, software - aplicación del SOAPIE.
- Favorecer la ejecución de la práctica diaria del uso del software para los registros de enfermería.
- Evaluar el uso de un software para los registros de enfermería

IV. METODOLOGIA

La metodología se basa en la teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel con la finalidad de ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes de las enfermeras que participan de este programa educativo.

El aprendizaje significativo comprende la adquisición de nuevos significados y, a la inversa, éstos son producto del aprendizaje significativo. El surgimiento de nuevos significados en el alumno refleja la consumación de un proceso de aprendizaje significativo.

El profesional de enfermería adquiere conocimientos durante su etapa de estudiante en pre y/o post grado, así también adquiere habilidades en su experiencia laboral estos reflejan el conocimiento previo que se fortalecerán con la adquisición de nuevos conocimientos a través del programa educativo y como resultado se obtendrá un aprendizaje significativo.

La esencia del proceso del aprendizaje significativo reside en que ideas expresadas simbólicamente son relacionadas de modo no arbitrario, sino

sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe, señaladamente algún aspecto esencial de su estructura de conocimientos (por ejemplo, una imagen, un símbolo ya con significado, un contexto o una proposición).

El aprendizaje significativo presupone tanto que el alumno manifiesta una actitud hacia el aprendizaje significativo; es decir, una disposición para relacionar, no arbitraria, sino sustancialmente, el material nuevo con su estructura cognoscitiva, como que el material que aprende es potencialmente significativo para él, especialmente relacionable con su estructura de conocimiento, de modo intencional y no al pie de la letra.

4.1 Justificación e Importancia

El registro de Enfermería es una evidencia científica tangible útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, describe información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud, además son documentos importantes que apoyan la investigación.

El registro convencional que usa las enfermeras de la clínica “Santa Isabel” con notas narrativas que no cumple con las normas establecidas (Norma Técnica N° 022 MINSA) que indica el uso de SOAPIE.

4.2. Recursos y medios: Útiles de escritorio, libros, impresiones., Papel bond, 1 Memoria USB, 1 Laptop, retroproyector.

4.3 Estrategias

- Captación de las Enfermeras del servicio de centro quirúrgico de la “Clínica Santa Isabel” para su participación activa en el programa educativo: “registro de enfermería, uso de software para la aplicación de SOAPIE”
- El programa educativo se desarrolló de forma teórico - práctico.

- Haciendo uso de técnicas de demostración y redemosatracion.
- Evaluación de los conocimientos impartidos.

V. EVALUACIÓN:
















Al finalizar las sesiones del programa educativo en el que se observó que el 100% de enfermeras del servicio de centro quirúrgico de la “Clínica Santa Isabel” realizan anotaciones usando eficazmente el software educativo para los registros de enfermería en el post operatorio inmediato.

REGISTRO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN

Tema: Registros de enfermería, software - aplicación del SOAPIE.

Lugar: "Clínica Santa Isabel"

Unidad/Servicio: Centro quirúrgico

N	Nombres y apellidos	firma	3.11.15	5.11.15	10.11.15	12.11.15	24.11.15	1.12.15
1	Patricia MABEL GUERRERO MACHA CEP:66518		P	P	P	P	P	P
2	Monica Gisela MAYREES TEIXEIRA CEP:61099		P	P	P	P	P	P
3	Sandra Maria Sánchez Guevara CEP:65510		P	P	P	P	P	P
4	Nandi Paredes Perez cep: 043237		P	F	P	P	P	P
5	Alicia Yaneth Poca Figuerbe cep: 036422		P	P	P	P	P	P
6	Nataly Membillo Pillpe cep: 66572		P	P	P	P	P	P
7	Carmen Juana Rosales Araujo cep: 68136		P	P	P	P	P	P
8	Carmen Montañe Villanueva cep: 040391		F	P	F	P	P	P
9	Ortelina Aquiniso Peiniche cep: 016046		P	P	P	P	P	P
10	Roxana Tapullina Alarcá cep: 65525		P	P	F	P	P	P
11	Carina Briceño Olivares cep: 43103		P	P	P	P	P	P
12	Marcela Alejandra Erazo cep: 23396		P	P	P	P	P	P
13	Carmen Adriana Talamanca cep: 54879		P	P	P	P	P	P
14	Maril Elena Tijada cep: 65236		P	F	P	P	P	P
15	Sandra Revellón Gallardo cep: 55834		P	P	P	P	P	P

P = Presente / Asistió
F = Faltó.

ANEXO 8

IMÁGENES DE SESIONES DE PROGRAMA EDUCATIVO



Sesión de programa educativo - uso de retroproyector



Sesión y participación- dinámica de grupo



Sesión educativa – práctica uso de Software




Clausura de Programa educativo



ANEXO 9

IMÁGENES DEL SOFTWARE

PORTADA DEL SOFTWARE EDUCATIVO PARA REGISTROS DE ENFERMERIA



REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA
Centro Quirúrgico - Lic. Carla Enciso

*Obligatorio

FORMULARIOS DE ENFERMERIA *

- REGISTRO DE PACIENTES, DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
- PLAN, INTERVENCIÓN Y EVALUACION
- VIDEO TUTORIAL

20 % completado

SOFTWARE EDUCATIVO- DATOS DE LA PACIENTE

REGISTRO DE PACIENTES

I. Datos del Paciente

Nombres y apellidos *

Historia Clínica *

Fecha y hora de Ingreso *

dd/mm/aaaa --:-- ----

febrero de 2016

dom	lun	mar	mié	jue	vie	sáb
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	1	2	3	4	5

Ateo

Otros: _____

Habitación *

Operación realizada *

SOFTWARE EDUCATIVO – TEST ALDRETE Y ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

TEST DE ALDRETE - INGRESO *

Ingreso de URPA

	0	1	2
ACTIVIDAD MUSCULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RESPITACION	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CIRCULACION	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONCIENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SaO2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Test Escala de Valoracion Análoga y Numérica



Test EVN Ingreso *

Valorar el dolor al ingreso a URPA mediante la escala de Valoración Numérica

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy contento; sin dolor



El dolor es el peor que puede imaginarse

SOFTWARE EDUCATIVO – DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Relacionado con *

DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO. Clase 4 Función respiratoria, proceso de intercambio de gases

ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005) Relacionado con

DOMINIO 11-SEGURIDAD/PROTECCIÓN.Clase 6 Termoregulación. Definición: riesgo A sufrir fallo en los mecanismos reguladores de la temperatura corporal

DOLOR AGUDO (00132) relacionado con HERIDA OPERATORIA evidenciado por

DOMINIO 12-CONFORT.Clase 1 Confort físico- Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular

DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO (00029) relacionado con PERDIDA DE SANGRE Y DERIVADOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA evidenciado por

DOMINIO 4-ACTIVIDAD Y REPOSO.Clase 4 Respuesta cardiovascular- Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

RIESGO DE SANGRADO ABUNDANTE (00206) relacionado con

-DOMINIO 11, Clase 2 lesión física. Definición: Riesgo de disminución de volumen de sangre

DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025) relacionado con

DOMINIO 2, Clase 5 Hidratación.- Definición: Disminución de líquido intravascular o intercelular

Deficit del volumen de Líquidos evidenciado por

DATOS DE PACIENT...png

Mostrar todas las descargas...

01:22 p.m.
08/02/2016

IMAGEN DIDÁCTICA N- 1: Ejm de registro usando el PAE

S: Paciente refiere "tengo dolor", test EVN: 6/10, refiere sentir frio

O: Paciente 30 años, post operada inmediata de cesárea, bajo efectos de anestesia epidural, somnolienta(rass-1), ventilando espontáneamente con apoyo de mascara de reservativo FIO2 40%, piel tibia, con cyp en MSD, CIMA 9% 500cc pp, útero contraído a dos dedos por encima de ombligo, herida operatoria cubierta por gasas limpias y secas, SF permeable, uso de medias antitromboticas. Grado de dependencia IV

A: Dolor r/c herida operatoria E/P Paciente refiere "tengo dolor", test EVN: 6/10

- Alto riesgo de la función respiratoria R/C dolor
- (00005) R/C tiempo prolongado de cirugía E/P T 36C
- (00109) R/C efectos de anestesia epidural E/P sedación

P: paciente manifestará alivio de dolor

- Paciente mantendrá adecuada función respiratoria.
- Paciente mejorará su temperatura corporal
- Paciente mejorará su autocuidado

I: Se administró: 3:40pm ketoprofeno 200 mg EV

- Se administra O2 por mascara de oxigeno simple 4 Lt x min
- CFV, se coloca en posición semi fowler
- Se brinda comodidad y confort, uso de calefacción, CSV, BH, se retira catéter epidural

E: EVN 0/10, ALDRETE 10, RASS:0

- FIO2 21% sin apoyo de mascara, FV estables, útero contraído
- T: 37 grados C, Grado de dependencia II
- paciente mejora su autocuidado. Grado de dependencia II

IMAGEN DIDÁCTICA N. 2

Escala validada por Joint Commission of Accreditation of Health Care, usada para fijar criterios en recuperación post-anestésica

ESCALA DE ALDRETE

Escala de Aldrete: recuperación postsedación*		
Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	PA \leq 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
SaO ₂	Mantiene SaO ₂ >92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ < 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0

PA: presión arterial; SaO₂: saturación arterial de oxígeno.

*Para ser dado de alta es necesario una puntuación \geq 9 puntos.

IMAGEN DIDÁCTICA N. 3: Test Escala de Valoración Análoga



Dolor: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión



IMAGEN DIDÁCTICA N-4

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA :

Á. Diagnostico real

Juicio de la respuesta humana sobre problemas de salud. Es el diagnostico presente, obtenido del análisis e interpretación de los datos relevantes del paciente, tiene 3 componentes:

- La etiqueta (es la descripción del problema)
- El factor relacionado R/C (describe las causas al problema de salud).
- La evidencia (datos relevantes).

Ejm. Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio ventilación perfusión que se evidencia por hipoxia, disnea.

B. Diagnostico potencial o de riesgo

El diagnóstico de enfermería por el cual un paciente, familia o comunidad es más vulnerable a un problema de salud. Tiene 2 componentes:

- La etiqueta (es el problema precedido del término "alto riesgo de").
- El factor relacionado R/C (describe las causas – situación por las que incrementa la vulnerabilidad).

Ejm: Riesgo de aspiración R/C disminución de estado de conciencia.

IMAGEN DIDÁCTICA N-5


Las once correctas en la administración de fármacos

1.- Paciente correcto	8.- Registrar
2.- dosis correcta	9.- Comprobar y verificar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.
3.- vía correcta	10.- Educar al paciente sobre la medicación administrada
4.- Medicamento correcto	11.- Preparación psicológica
5.- Hora correcta	
6.- Investigar alergias	
7.- Descartar interacciones farmacológicas	

ANEXO 10

REGISTRO DE ENFERMERÍA - CONVENCIONAL

(LADO FRONTAL)



Clínica Santa Isabel

Recuperación Post Anestésica

DATOS DE LA PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Historia Clínica N°
Edad	Cuarto N°	Fecha (dd/mm/aaaa)	Hora Ingreso Cirujano
Anestesiólogo Quirófano		Anestesiólogo Recuperación	Obstetiz

Corregir : Enfermera por Obstetiz

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> T.B.C. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anticoagulado	Alergias	Otros
---	----------	-------

Incluir antecedentes quirúrgicos

CIRUGÍA REALIZADA

TIPO DE ANESTESIA

General	Regional
<input type="checkbox"/> Anestesia General	<input type="checkbox"/> RAQ <input type="checkbox"/> EPID <input type="checkbox"/> BLOQ C ()
R.Q.C.V.	R. Neumológico

el 100% de los registros evaluados no requiere R. neumológico

INDICACIONES MÉDICAS INMEDIATAS

Monitoreo <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> SAO ₂
Oxígeno Terapia <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> T.T. <input type="checkbox"/> V.M. <input type="checkbox"/> Mascaras
Analgesia por: <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Venoso Periférico <input type="checkbox"/> Vesical
Hemoglobina Glucosa AGA - E Perfil Coag.
Otros:

SCORE	Ingreso			Salida		
	Hora:			Hora:		
PARÁMETROS	0	1	2	0	1	2
Saturación O ₂						
Actividad Muscular						
Respiración						
Circulación						
Conciencia						
TOTAL						

HORA	HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS
200										
180										
160										
140										
120										
100										
80										
60										
40										
20										
0										

No se usó cuadro de funciones vitales en 55 de los registros revisados.

BALANCE DE FLUIDOS

No es usado cuadro de "inicio y fin" se sugiere reemplazar por ingresos y egresos de SOP y URPA

	INGRESOS					EGRESOS				IRRIGACIÓN	
	Tipo	Vol.	Inicio	Fin		Tipo	Vol.	Inicio	Fin	Ingresos	Egresos
Cristaloides					S.N.G.						
					Drenes						
					Sangrados						
					Hemovac						
Coloides					Vómito						
					Diuresis						
Sangre					Vómito						
					P. Insensibles						
Plasma											
Plaquetas											
Otros											
TOTAL INGRESOS:					TOTAL EGRESOS:					TOTAL:	

No aplica cuadro de irrigación, el 100% no lo usa

Recuperación Post Anestésica

ANEXO 11

REPORTE DE REGISTRO DE ENFERMERÍA - IMPLEMENTADO



REGISTRO DE PACIENTE

Nombre	HC	Fecha y hora de ingreso	edad	religion	habitacion
Rojas Galdos Carmen Nelly	106384	03/29/2016 02:48:00	37	Católica	10
Operacion realizada	DX pre operatorio	Anestesiologo sop	Cirujano	Anestesiologo URPA	
cesarea	Gestante de 38ss feto podálico	Dra Osorio	Dr Villavicencio	Dra Osorio	
LIC, enfermeria de URPA	CEP:	Complicacion intraoperatoria	Especificar complicacion		
Lic Glenda	43997	No	ninguna		
Antecedentes de enfermedades o cirugias		Otras	Tipo de anestesia		
niega			EPIDURAL		

SOAPIE				
Datos subjetivos	paciente refiere sentir frío y dolor			
Datos objetivos	se observa facies de dolor			
Test al ingreso a URPA	-1 somnoliento, despierta 10 ss	Test de Aldrete		
Test de rass	-1 somnoliento, despierta 10 ss	ACTIVIDAD MUSCULAR	1	
Test de dolor(EVN)	5	RESPITACION	2	
		CIRCULACION	2	
		CONCIENCIA	1	
		SaO2	2	
Condiciones de ingreso de la paciente al servicio de URPA				
ventilacion	Estado de conciencia	piel	Cateter epidural	Via periferica por pasar
ESPONTANEA	SEMI-DESPIERTO	ROSADO	SI	1000 cc
Utero	Apositos	Drenajes	Medias antitromboticas	
Contraido	Limpios y secos	Sonda Foley	SI usa	

3.- Diagnosticos de enfermeria	
* ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Relacionado con	NO aplica
* ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005) Relacionado con	Efectos de la sedacion
*DOLOR AGUDO (00132) relacionado con HERIDA OPERATORIA evidenciado por	Expresiones verbales de dolor
* DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO (00029) relacionado con PERDIDA DE SANGRE Y DERIVADOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA evidenciado por	No, aplica
* RIESGO DE SANGRADO ABUNDANTE (00206) relacionado con	No aplica
* DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025) relacionado con	No aplica
* DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (00016) relacionado con EVIDENCIADO POR	NO aplica
* DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.(00109) relacionado con EVIDENCIADO POR	Efectos de anestesia Sedacion
* ANSIEDAD.(00146)manifestado por la paciente, relacionado con	
* RIESGO DE INFECCIÓN relacionado con	Herida operatoria/ procedimientos invasivos
* RIESGO DE CAIDA(00155) relacionado con	Efectos de anestesia
* OTRO DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	
4.-Plan de cuidados	-paciente sentirá alivio de dolor - paciente mantendrá temperatura adecuada

5.- intervencion	Acciones de enfermeria		Dispositivo de oxigeno vs FIO2	
	Valoración de enfermeria,Monitoreo, valoración y registro de Funciones Vitales,Colocar cubiertas y calefacción,Colocar a la paciente en posición semi fowler,Mantener vía aérea permeable,Oxigeno terapia Nasal,tratamiento EV,Mantener barandas de la cama seguras y elevadas	NO ES NECESARIO FIO 2 al 21%		

MONITOREO DE FUNCIONES VITALES			BALANCE HIDRICO						
	PRIMER TIEMPO	SEGUNDO TIEMPO	INGRESOS		EGRESOS				
HORA	16:26	17:26	SOP	URPA	SOP	URPA			
PA	113/62 - 108/62 - 108/68 - 113/66	113/ 70 - 112/70 - 117/65							
FC	67 - 66 - 65 - 64	66 - 67 - 68	CI Na 9%	1000	500	SANGRAD	600	50	
FR	16 - 14	16 - 17 - 18	Dextrosa			DIURESIS	150	300	
SO2	97 - 99 - 98 - 98	96 - 97 - 99 - 97	Hemacel			DRENES			
T	36.5	36.6	OTROS			VOMITO			
			CANTIDAD DE OTROS			OTROS			
			AE		69	CANTIDAD DE OTROS			
			TOTAL DE INGRESOS	1569		PI	35	36	
						TOTAL DE EGRESOS	1171		
			BALANCE HIDRICO TOTAL =			398			

IMPLEMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA MEDIANTE UN SOFTWARE EDUCATIVO EN LA ATENCIÓN POST OPERATORIO INMEDIATO EN LA CLÍNICA “SANTA ISABEL” EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, AÑO 2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTEISIS Y VARIABLES	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES																														
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la eficacia de la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS A. Cómo elaborar un software educativo eficaz para los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016? B. ¿Cómo aplicar un software educativo eficaz en la atención pre operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016? C. ¿Cómo evaluar la eficacia de un software educativo para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediata en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la eficacia de la implementación de los registros de enfermería mediante un software educativo en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016?</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: A. Elaborar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016. B. Aplicar un software educativo eficaz para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016. C. Evaluar la eficacia un software educativo para el registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica “Santa Isabel” en el distrito de San Borja, año 2016.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL La implementación de un software educativo tendría una eficacia significativa en los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016.</p> <p>3.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS A. La elaboración de un software educativo tendría eficacia para los registros de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016. B. La Aplicación de un software educativo tendría eficacia para los registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel, San Borja en el distrito de San Borja, año 2016. C. La evaluación de la aplicación de un software educativo tendría eficacia en los registro de enfermería en la atención post operatorio inmediato en la clínica Santa Isabel en el distrito de San Borja, año 2016.</p>	<p>VARIABLES : VARIABLE X: Implementación de un software educativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Didáctico: contiene cinco imágenes con información importante y test usados en la unidad de recuperación.</td> </tr> <tr> <td>Diseño</td> <td>Interactivo: contiene opciones de respuesta, cuadros para ingreso de texto, ingreso de cantidades que serán sumadas por el programa, dando como resultado un reporte de los datos ingresados. Asegura que los datos sean ingresados en los campos, si se omite aparece un mensaje. Registra: fecha y hora, nombre de la enfermera que realiza la atención número de colegio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Datos generales del paciente. SOAPIE</td> </tr> <tr> <td>Contenido</td> <td>Listado de diagnósticos de enfermería, Cinco imágenes didácticas y un video tutorial.</td> </tr> </tbody> </table> <p>VARIABLE Y: Registro de Enfermería(convencional)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensión</th> <th>Indicadores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Registro convencional:</td> <td>Registro membretado de la clínica. - Formato escrito</td> </tr> <tr> <td>Datos del paciente</td> <td>Nombre de paciente, HC, fecha, hora de ingreso, cirujano, anesthesiologo</td> </tr> <tr> <td>Antecedentes</td> <td>DM, HTA, asma, alergias otros</td> </tr> <tr> <td>tipo de Anestesia</td> <td>General, regional Riesgo quirurgico</td> </tr> <tr> <td>Indicaciones medicas inmediatas</td> <td>Monitoreo Oxigeno terapia Analgesia Escala de Aldrete</td> </tr> <tr> <td>Funciones Vitales</td> <td>Pulso, presion arterial y respiracion</td> </tr> <tr> <td>Balance hidrico</td> <td>ingreso, egresos e irrigación</td> </tr> <tr> <td>Cuadro de notas de enfermeria</td> <td>Hora, terapéutica, notas de enfermería, firma y sello Firma y sello</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores				Didáctico: contiene cinco imágenes con información importante y test usados en la unidad de recuperación.	Diseño	Interactivo: contiene opciones de respuesta, cuadros para ingreso de texto, ingreso de cantidades que serán sumadas por el programa, dando como resultado un reporte de los datos ingresados. Asegura que los datos sean ingresados en los campos, si se omite aparece un mensaje. Registra: fecha y hora, nombre de la enfermera que realiza la atención número de colegio		Datos generales del paciente. SOAPIE	Contenido	Listado de diagnósticos de enfermería, Cinco imágenes didácticas y un video tutorial.	Dimensión	Indicadores	Registro convencional:	Registro membretado de la clínica. - Formato escrito	Datos del paciente	Nombre de paciente, HC, fecha, hora de ingreso, cirujano, anesthesiologo	Antecedentes	DM, HTA, asma, alergias otros	tipo de Anestesia	General, regional Riesgo quirurgico	Indicaciones medicas inmediatas	Monitoreo Oxigeno terapia Analgesia Escala de Aldrete	Funciones Vitales	Pulso, presion arterial y respiracion	Balance hidrico	ingreso, egresos e irrigación	Cuadro de notas de enfermeria	Hora, terapéutica, notas de enfermería, firma y sello Firma y sello
Dimensiones	Indicadores																																
	Didáctico: contiene cinco imágenes con información importante y test usados en la unidad de recuperación.																																
Diseño	Interactivo: contiene opciones de respuesta, cuadros para ingreso de texto, ingreso de cantidades que serán sumadas por el programa, dando como resultado un reporte de los datos ingresados. Asegura que los datos sean ingresados en los campos, si se omite aparece un mensaje. Registra: fecha y hora, nombre de la enfermera que realiza la atención número de colegio																																
	Datos generales del paciente. SOAPIE																																
Contenido	Listado de diagnósticos de enfermería, Cinco imágenes didácticas y un video tutorial.																																
Dimensión	Indicadores																																
Registro convencional:	Registro membretado de la clínica. - Formato escrito																																
Datos del paciente	Nombre de paciente, HC, fecha, hora de ingreso, cirujano, anesthesiologo																																
Antecedentes	DM, HTA, asma, alergias otros																																
tipo de Anestesia	General, regional Riesgo quirurgico																																
Indicaciones medicas inmediatas	Monitoreo Oxigeno terapia Analgesia Escala de Aldrete																																
Funciones Vitales	Pulso, presion arterial y respiracion																																
Balance hidrico	ingreso, egresos e irrigación																																
Cuadro de notas de enfermeria	Hora, terapéutica, notas de enfermería, firma y sello Firma y sello																																

POBLACIÓN Y MUESTRA	MÉTODO Y DISEÑO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Población: Se evaluarán 200 registros de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica, 100 de los cuales correspondería a la evaluación del formato dispuesto por la clínica (convencional), y 100 registros con el nuevo formato que se implementará.</p> <p>Muestra: No probabilística y de carácter censal puesto que existen pocas unidades de análisis. Todos los registros intervienen en la evaluación y recolección de datos.</p>	<p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN El método Hipotético deductivo.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Se usará el esquema correspondiente a la investigación Pre experimental.</p> <p>GE = O1 X O2</p> <p>-----</p> <p>Pre test Post test</p>	<p>TÉCNICA En el desarrollo de la investigación se aplicarán las siguientes técnicas:</p> <p>Fichaje, para el registro de textos, fuentes electrónicas, artículos e investigaciones relacionadas con la investigación.</p> <p>Lista de chequeo para revisar si los 200 registros de enfermería cumplen con los criterios específicos en la atención post operatorio inmediato de la clínica Santa Isabel.</p> <p>Análisis de datos, para recolectar la información de notas de las áreas de estudios comparativos entre el grupo de control y el grupo experimental.</p> <p>INSTRUMENTO Ficha de evaluación o lista de chequeo en la cual se verifican los registros de enfermería en post operatorio inmediato dándole el valor de 1 si registra el enunciado o cero "0" en caso de que no se registre.</p>