

# Registros de Enfermería y la Aplicación del Proceso Enfermero en el Área de Recuperación Quirúrgica

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el contenido de los registros de enfermería sobre el proceso enfermero aplicado a pacientes en el área de recuperación quirúrgica. **Metodología.** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se utilizó una lista de cotejo para evaluar los elementos que según P. Iyer, se requieren documentar en los registros de enfermería. La muestra fue de 106 hojas de registro de enfermería del área de recuperación quirúrgica en una Institución pública de segundo nivel de atención. El análisis de datos se realizó utilizando el programa SPSS versión 17. **Resultados.** Se obtuvo que el 60.4% de los expedientes revisados incluyeron anotaciones incompletas, donde solo se anotaron en un 17.9% las medidas farmacológicas y en un 9.4% se incluyeron la información general sobre el estado de salud del paciente. Se encontró que en la nota de enfermería, no se documentaba la información en base a las etapas del proceso enfermero. **Conclusiones.** El contenido de los registros de enfermería en el área de recuperación quirúrgica en una Institución pública de segundo nivel de atención no se documenta en base al proceso enfermero porque no se tiene sistematizada la implementación de esta herramienta como método de trabajo en esta área hospitalaria.

**Palabras clave:** registro enfermería, proceso enfermero, área de recuperación quirúrgica.

Nursing records and the application of post surgery nursing processes

## Summary

**Objective.** To determine the content of nursing records on postsurgical nursing care. **Methodology.** A retrospective, descriptive study was carried out, using a checklist for evaluation of the elements which according to P. Iyer are needed for adequate documentation of postoperative nursing care at the Postsurgical Recuperation Area. The sample consisted of 106 nursing charts from the Post Surgical Recuperation Area in a government second-level medical institution. Program SPSS v. 17 was used for the statistical analysis. **Results.** The study revealed incomplete 60.4% of the patient charts reviewed, wherein only 17.9% of the patient charts included pharmacological data and only 9.4% of the patient charts included data on the health condition of the patient. Moreover, nursing data was not documented based on the steps of the nursing process. **Conclusion.** The content of postsurgical nursing records did not describe the nursing process; implementation of this tool is not systematized as a work method in the postsurgical recuperation area.

**Key words:** Nursing charts, nursing process, postsurgical recuperation area

## Introducción

Enfermería como profesión, requiere brindar cuidados de calidad convirtiendo el Proceso Enfermero en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente el cuidado que presta al paciente.

Esto significa que se necesita "documentar en la hoja de enfermería del expediente del paciente, las eta-

pas del proceso enfermero en relación al cuidado otorgado al paciente, porque esto evita duplicaciones u omisiones que representarían una evidencia sobre la atención de enfermería y la evolución del estado de salud del paciente". Dicha documentación "es el conjunto de procesos descritos, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias y de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Nom-168-SSA1-1998, del Expediente clínico teniendo como objetivo los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico".

Según Alfaro R. "el personal de enfermería debe asegurarse de que los registros reflejen el pensamiento crítico, ya que la documentación de enfermería debe ser usada por otros para tomar decisiones sobre los cuidados del paciente". Alfaro R. "explica que los informes escritos ocupan un espacio muy importante del trabajo de enfermería y desde hace mucho tiempo, se considera que la documentación de los cuidados son esenciales para el ejercicio profesional. El profesional de enfermería es responsable de asegurar que toda la información necesaria en relación a la asistencia de los pacientes deba ser proporcionada de tal manera que sean un reflejo de la calidad de atención que se esté brindando y este concepto debe ser considerado elemental acompañando a la acción en sí"<sup>2</sup>.

En la presente investigación se utilizó a Iyer P. para evaluar el contenido de los registros de enfermería, la cual sugiere que "en la documentación en enfermería se utilicen diferentes acrónimos sobre el proceso enfermero". Iyer sustenta que "el personal de enfermería profesional a diferencia del nivel técnico, requiere valorar el estado de salud del paciente, planear el cuidado de enfermería y evaluar los resultados obtenidos del cuidado proporcionado"<sup>3</sup>.

Por lo anterior es importante que el personal de enfermería realice los registros de enfermería en forma completa y en base al proceso enfermero, porque son un aspecto fundamental del trabajo de enfermería, ya que "cumplen una serie de fines entre los más importantes son: documentación legal: son aceptados como prueba en un juicio, ante demandas de "mala práctica"; comunicación: los registros comunican hechos y observaciones a los distintos miembros del equipo sanitario que atiende al paciente; investigación: la información que contiene la historia puede ser un instrumento valioso para investigar la evolución de un proceso patológico; estadística: los datos que se obtienen al registrar, ayudan a las instituciones de salud a prevenir necesidades futuras; docencia: todos los alumnos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, utilizan las historias de salud como un instrumento más en su formación profesional; revisión y evalua-

ción; apartado importantísimo que sirve a los profesionales de enfermería como a las instituciones de salud para poder ver la calidad del cuidado de enfermería".<sup>4</sup>

De igual manera la documentación en cualquier institución de salud es sumamente importante incluyendo los servicios de recuperación quirúrgica, porque "las enfermeras en la sala de recuperación o unidad de cuidados pos anestésicos deben contar con habilidades especiales, porque proporcionan vigilancia y apoyo hemodinámico y pulmonar avanzados. De ahí que el proceso enfermero en el área de recuperación quirúrgica es de suma importancia para valorar, planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería a los pacientes que se encuentren bajo anestesia o aun recuperándose de ella".<sup>5</sup> Por eso el propósito del estudio es conocer el contenido de los registros de enfermería en área de recuperación quirúrgica con afán de determinar en qué medida se utilizó el proceso enfermero en la documentación de enfermería con el afán de plantear estrategias de mejora para esta actividad.

Objetivo. Determinar el contenido de los registros de enfermería sobre proceso enfermero aplicado en el área de recuperación quirúrgica.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Las variables de estudio fueron: registros de enfermería respecto al proceso enfermero aplicado en el área de recuperación quirúrgica. Se seleccionó una muestra a conveniencia con 106 hojas de registro de enfermería del área de recuperación quirúrgica, en los meses de septiembre y octubre del 2010. Se utilizó una lista de cotejo elaborada en base a los requisitos que Iyer P. sugiere para elaborar la documentación en enfermería, y con la finalidad de revisar si el contenido de los registros de enfermería incluyen la aplicación del proceso enfermero en el área de recuperación quirúrgica. Este instrumento estuvo conformado en tres partes: la primera parte se refiere a datos socio-demográficos del paciente, edad, género, grado de escolaridad, tipo de cirugía, tipo de anestesia, duración del procedimiento quirúrgico. La segunda parte identifica el contenido de los registros de enfermería en base a las etapas del proceso enfermero en el área de recuperación a través de 32 preguntas, de las cuales 16 preguntas fueron de tipo likert especificando la calificación para cada uno, cuya escala era completo, parcialmente completo, incompleto y nulo; así como 16 preguntas con valores de afirmativo y negativo; en el tercer apartado se registraron observaciones. Para este estudio, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, media, mediana, moda, desviación estándar se realizó el análisis e interpretación de los datos, utilizando el programa SPSS versión 17.0 y el programa Excel para elaborar las gráficas.

## Resultados

En el presente estudio se encontró que en cuanto al contenido de los registros de enfermería (fr. 64) 60.4% de los expedientes revisados contaban con anotaciones de enfermería incompletas, donde solo se anotaban las medidas farmacológicas (fr. 19) (17.9%) e información general sobre el estado de salud del paciente (fr. 10) (9.4%).

Se encontró que los 106 expedientes no estaban documentados en base al proceso enfermero ya que no se utilizó algún acrónimo sugerido por Iyer P. para la documentación de los registros de enfermería.

En cuanto a la información sobre la aplicación del proceso enfermero que se documentaba en los registros de enfermería en el área de recuperación quirúrgica, se encontró que (fr. 81) 76.4% no documentaban en la hoja de registro información sobre la valoración del paciente, el 100% no registro ningún diagnóstico de enfermería, el (fr.99) 93.4% no documentaban las intervenciones independientes, pero se encontró que (fr.69) 65.1% si registraba las intervenciones de colaboración y finalmente (fr. 94) 88.6% no documentaban la evaluación del estado de salud del paciente.

## Discusión

El (fr.106) 100% del contenido de los registros de enfermería en el área de recuperación quirúrgica, no se documentaron en base a las etapas del proceso enfermero o en base a algún acrónimo para su elaboración según sugiere Iyer P.<sup>3</sup> *"quien expresa que la ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso enfermero por lo que suministró reglas básicas para registrar los cuidados de enfermería para que protejan legalmente a esta profesión."*<sup>3</sup>

En relación a lo anterior Du Gas B.<sup>4</sup> expone que las notas de enfermería son importantes porque se revisan para valorar la calidad de los cuidados y evaluar el desempeño profesional. León C.<sup>6</sup> explica que *"el factor fundamental que desalienta al personal para la aplicación del método de registro, ha sido en primer lugar, la incorporación de un indicador que en vez de medir calidad, mide cantidad y por tanto, somete al profesional a una demanda mayor de trabajo y un esfuerzo adicional, lo que provoca en él un rechazo creciente a su propio método científico de actuación. Se planeaba que el propio enfermero lo sintiera como parte de él, le sirviera como factor de motivación, de reafirmación vocacional y fortaleciera el desarrollo de su autonomía"*<sup>6</sup>.

Además se encontró que (fr. 64) 60.4% de las hojas de registro estaban documentadas en forma incompleta. Lo anterior es importante porque varios autores y organizaciones como la CONAMED mencionan que los objetivos del registro son consignar todos los datos respecto al paciente en forma real, completa, concisa, legible y

oportuna y dar continuidad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería mediante los registros que realiza.<sup>7</sup>

Además Ibarra y García M. reafirma que *es de suma utilidad e importancia utilizar una regla mnemotécnica para organizar los registros de enfermería, lo cual proporciona un panorama más específico de la situación del paciente y facilita determinar un buen tratamiento médico*.<sup>8</sup>

Pero por otro lado, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros, porque a pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.<sup>9</sup>

En relación a la documentación específica en el área de recuperación quirúrgica, se encontró que el (fr. 81) 76.4% de las hojas de registro de enfermería no contaban con información sobre la valoración de enfermería, el (fr. 106) 100% de las hojas de enfermería no tenían registrados los diagnósticos de enfermería; (fr. 99) 93.4% de las hojas de registro no estaban documentadas las intervenciones independientes de enfermería; pero el 65.1% de las hojas de registro de enfermería sí tenían documentadas las intervenciones de colaboración y finalmente (fr. 94) 88.6% de las hojas de enfermería no tenían documentada la evaluación del paciente.

Por lo que Mejía de Gonzalez, explica que *el cuidado de enfermería influye directamente en la correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica, debido a sus graves repercusiones entre ellas el dolor que es uno de los principales responsables del deterioro de la función respiratoria en el periodo postoperatorio, así como de las funciones cardio-circulatorias, endocrino-metabólicas, digestivas y psicológicas*.<sup>10</sup>

Por lo que utilizar un plan de cuidados de enfermería en el área de recuperación quirúrgica proporciona mayor efectividad porque debe contarse con intervenciones de enfermería estandarizadas como las que aporta la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), ya que de este modo se fomenta un lenguaje común entre los profesionales, dando continuidad a los cuidados y facilitando la elección de las intervenciones adecuadas para cada problema.<sup>5</sup>

## Conclusiones

Se concluye que el contenido de los registros de enfermería en el área de recuperación quirúrgica no se documentaba en base al proceso enfermero, porque con los resultados obtenidos en la presente investigación; se deduce que en esta Institución pública de segundo nivel de atención no se tiene sistematizada la implementación de esta herramienta como método de trabajo. Por lo que los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo que expresa Carpenito L. quien enuncia *"exis-*

ten estudios realizados que reflejan que las enfermeras se pasan la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina como resultado de ello y con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones debido a la falta de tiempo".<sup>11</sup>

### Agradecimiento

A los alumnos de 8<sup>vo</sup> semestre de Licenciatura en Enfermería de la UASLP que participaron en la recolección de información: Castillo Karen S. Olguín D. Yadhira, Vázquez Karla, Olvera C Ana C. Olvera C. Aurora, Alonso Paulina, Zacarías Tania A, García Sara, Vázquez C. Alicia.

### Referencias bibliográficas

1. Norma Oficial Mex. Nom-168-SSA1-1998, del expediente clínico. (en línea). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/idades/cdi/nom/168ssa18.html>
2. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Masson; 2003. pp.3
3. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de enfermería. 2<sup>a</sup> ed. México: Ed. McGraw-Hill; 1993. pp. 232-255.
4. Du-Gas K. Tratado de enfermería práctica. 2<sup>a</sup> ed. Ed. Marco Interamericano. 1974. pp. 344.
5. Brunner y S. Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica. México. Ed. McGraw-Hill; 2002. pp.396.
6. León Román CA. Nuevas estrategias para la aplicación del método cubano de registro del Proceso de Atención de Enfermería. Rev Cubana de Enfermer (seriada en línea) 2005;21(2) (6 páginas). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21\\_2\\_05/enf09205.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_2_05/enf09205.pdf)
7. Legislación en los Servicios de Enfermería. Salud. 2009. Recuperado el 14 de marzo de 2011. Disponible en: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)
8. Ibarra AJ, García MA. Registros de Enfermería. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm> [fecha de acceso 22 de enero 2011].
9. Carpenito LJ. Planes de Cuidado y documentación en enfermería. Registro de Cuidado de enfermería. México. Interamericana; 1994. pp.10-27, 109-113, 210-217.
10. Mejía de González N. Postoperative multimodal analgesia. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005;12:112-118.
11. Carpenito LJ. Proceso de atención de enfermería. Registro e Información. México. Interamericana; 1994. pp. 323-344.

## INVITAMOS A LOS PROFESIONISTAS DE ENFERMERÍA A PUBLICAR ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

(artículo científico, artículo original y publicación primaria son sinónimos)

- Sugerimos observar las siguientes recomendaciones: Sección Artículo Original no debe exceder de 10 cuartillas escritas a doble espacio:

- **Título:** (no debe exceder de 15 palabras y 60 caracteres). El título permite al lector identificar el tema fácilmente, además de servir para clasificar con exactitud el material en las bases de datos .

- **Autor(es)** máximo 6. Recuerda que no es ético incluir como autores a personas que no han contribuido materialmente en la investigación por lo que no pueden defender públicamente el contenido del artículo y que los asesores no deben colocarse en primer lugar. Consideraremos el primer nombre como autor principal. No pagues un favor regalando autorías.

- **Resumen: español e inglés estructurado** entre 200 y 250 palabras máximo. El resumen estructurado debe contener en forma clara y breve: objetivos, metodología, resultados, conclusiones. No olvides incluir palabras clave en los dos idiomas, tampoco olvides traducir el título.

### ORGANIZA TU ARTICULO CIENTÍFICO SIGUIENDO EL SISTEMA IMRyD

- **Introducción:** Antecedentes –lo que otros han escrito sobre el tema– planteamiento del problema u objetivo de la investigación, los objetivos e hipótesis del estudio.

- **Metodología:** Describe el *diseño, población y muestra* (cómo se seleccionaron los sujetos). Identifica la edad, sexo, su *entorno*, etc.; *intervenciones*, describe los *métodos estadísticos* con detalle suficiente para que el lector pueda verificar los resultados presentados.

- **Resultados:** Presenta los resultados en sucesión lógica dentro del texto, cuadros e ilustraciones. No repitas en el texto todos los datos de los cuadros o las ilustraciones; enfatiza o resume tan sólo las observaciones importantes.

- **Discusión:** Haz incapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. No repitas en forma detallada los datos u otra información ya presentados en la sección de Introducción y explica el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus consecuencias para investigaciones futuras.

- **Referencias:** Deben ser numeradas consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto con números arábigos y entre paréntesis, no escribir en superíndice. No incluyas referencias no consultadas o incompletas.

Desarrollo Científico de Enfermería sigue los lineamientos indicados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Los lineamientos puede descargarse libremente en [www.metodo.uab.cat](http://www.metodo.uab.cat) o en DCE con gusto te las proporcionaremos.