

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**“EFECTIVIDAD DE UNA GUÍA DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERÍA PARA EL REGISTRO EN
PACIENTES CON CARDIOPATIAS LIMA 2014”**

TESIS

Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Vanessa Katherin Emilia Asencios Ortiz

ASESOR

Ángela Rocio Cornejo Valdivia de Espejo

Lima-Perú

2015

**EFFECTIVIDAD DE UNA GUÍA DE DIAGNOSTICOS DE
ENFERMERÍA PARA EL REGISTRO EN
PACIENTES CON CARDIOPATIAS
LIMA 2014**

Dedico este trabajo a Dios, por su amor incondicional, por darme las fuerzas necesarias y guiarme en esta hermosa Profesión con la que puedo brindar calidez y amor al prójimo.

A mis padres y hermanos por todo su amor, apoyo, compromiso, paciencia y confianza brindada, durante toda mi formación profesional y personal.

A mi asesora, Dra. Rocio Cornejo Valdivia, la cual nunca permitió que abandone mis metas y me brindó su apoyo y confianza en lo académico como en lo personal, le estaré eternamente agradecida.

*A mi docente, Lic. Yisella Betzabeth
Acuache Quispe, por su apoyo
brindado durante estos años de
formación profesional y personal.*

*A mis amigos que estuvieron a mi
lado en los buenos y malos
momentos. Quienes nunca
permitieron que desertara en la
realización de mis metas.*

*A Milagritos Sonia Barrera Basilio,
quien es la hermana que dios me
puso en el camino, la voz dura para
hacerme reaccionar y el aliento en
los peores momentos de mi vida.
Gracias por ser mi amiga, hermana y
confidente incondicional.*

INDICE

Pág.

INDICE DE GRÁFICOS	i
RESUMEN	ii
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO.- EL PROBLEMA	
A. Planteamiento del problema, delimitación y formulación del problema	3
B. Objetivos.....	7
C. Justificación de la investigación	8
D. Limitaciones del estudio.....	9
CAPITULO II.- BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS	
A. MARCO TEÓRICO	10
1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	10
2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL	12
2.1. Proceso de atención de enfermería aplicado al niño con cardiopatía congénita	12
a. Profesión de Enfermería.....	12
b. Teorías de Enfermería.....	15
c. Proceso de Atención de Enfermería.....	17
2.2. Los registros de enfermería en la atención pediátrica.....	26
a. Directrices para elaborar los registros de enfermería.....	27
b. Tipos de registros de enfermería.....	31
2.3. Diagnósticos de enfermería en un servicio de cardiopatía	33
3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	36

B. FORMULACION DE HIPOTESIS.....	37
C. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A. Resultados	43
B. Discusión.....	47

CAPITULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones	50
B. Recomendaciones	50

Referencias bibliográficas.....	52
Anexos.....	54

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Diagnósticos de Enfermería Presentes en las Notas de Enfermería del Servicio de CT y CVC del INSN Lima – Perú 2014	44
2	Frecuencia de Diagnósticos de Enfermería según Dimensiones de la Guía de Estudio registrados en las Notas de Enfermería del Servicio de CT y CVC del INSN Lima – Perú 2014	45
7	Opinión de los Enfermeros sobre la Guía de Diagnósticos de Enfermería aplicada en el Servicio de CT y CVC del INSN, Lima-Perú. 2014	46

RESUMEN

Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud; utilizando un lenguaje estandarizado al momento de registrar las acciones en las notas de enfermería.

Es por ello la importancia de este estudio, que tiene como objetivo Determinar la efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería para el registro en pacientes con cardiopatías, aplicado a los enfermeros del servicio de tórax y cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño. El presente estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, de corte transversal y utiliza el método cuasiexperimental. La población estuvo conformada por 13 enfermeros asistenciales del servicio y la unidad de análisis la conformaron las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes con cardiopatías del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Las técnicas utilizadas fueron la observación y una encuesta, y los instrumentos una Guía de Diagnósticos de Enfermería y una Escala de Likert Modificada. Los resultados encontrados revelan que la guía de diagnósticos de enfermería es efectiva dado que sus 4 dimensiones fueron registrados en un 82.41% en las notas de enfermería, y los enfermeros estuvieron de acuerdo en su utilización en el servicio según la encuesta de opinión aplicada, con lo cual se aceptan la hipótesis de estudio.

Palabras claves: notas de enfermería, guía y diagnósticos de enfermería.

SUMMARY

Nursing records are now more important than ever due to increased medicolegal situations, against which it is essential to have a backup of the work done, back, ideally, should facilitate communication between equipment components bless you; using a standardized when registering the shares in the nursing notes language.

That is why the importance of this study, which aims to determine the effectiveness of nursing diagnoses guide for recording in patients with heart disease, applied to nurses from cardiovascular thorax and the National Institute of Child Health. The present study is quantitative, application level, cross-sectional and used the quasi-experimental method. The population consisted of 13 undergraduate nursing service and the unit of analysis formed the nursing notes recorded in the medical records of patients with heart disease of Surgery Thoracic and Cardiovascular. The techniques used were observation and survey instruments and a Guide to Nursing Diagnosis and modified Likert Scale. The results reveal that guide nursing diagnoses is effective as their 4 dimensions were recorded on a 82.41% in the nursing notes, and nurses agreed to use in the service according to the opinion poll applied with which the study hypothesis was accepted.

Keywords: nursing notes, guidance and nursing diagnoses.

PRESENTACION

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.

Es por ello que actualmente, debido al aumento de las situaciones médico-legales, es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

Por ende se debe hacer uso de los diagnósticos de enfermería, que son la conclusión de una valoración sistemática y biopsicosocial-espiritual, en las notas de enfermería, permitiendo así la adecuada selección la intervención a realizar con el fin de satisfacer las necesidades de cada paciente-familia.

El presente estudio titulado “Efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería para el registro en pacientes con cardiopatías en el Instituto Nacional de Salud del Niño, lima 2014”, tiene como propósito, promover en los profesionales de enfermería el uso de diagnósticos enfermeros en la práctica clínica y el adecuado registro de ellos en las notas de enfermería; y así potenciar el desarrollo humano y profesional del enfermero con el fin de optimizar la gestión del cuidado brindado al paciente y familia de manera integral. Este estudio consta de cuatro capítulos, Capítulo I: El Problema, en el cual se presenta el planteamiento del problema, delimitación y formulación, formulación de objetivos, justificación de la investigación y las limitaciones del estudio; Capítulo II, que consta del marco teórico, formulación de hipótesis y el diseño metodológico; el Capítulo III, que consta de los resultados y discusión; Capítulo IV, en donde se dan las conclusiones.

y recomendaciones del estudio. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Históricamente la legislación en materia sanitaria ha evolucionado a lo largo de los años y se han desarrollado distintas normativas que han profundizado cada vez más en el tema de documentación clínica, regulando la responsabilidad legal sobre las actuaciones profesionales y asegurando un servicio de mayor calidad en materia de salud ⁽¹⁾.

Entre las documentaciones clínicas, encontramos los registros de enfermería, siendo definido por Martínez Ques como, “testimonios documentados sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad referente al paciente, su tratamiento y su evolución” ⁽²⁾.

También se le define como un documento legal que muestra la aplicación de tratamientos de enfermería y la respuesta de los pacientes ⁽³⁾.

Es importante resaltar que el registro de enfermería es un requisito legal dentro del sistema sanitario, pues permiten documentar el servicio que se brinda al paciente y sirve como eje de referencia, ya que aporta pruebas y es utilizado como evidencia de la atención otorgada, al igual que constituye un instrumento fundamental en cuanto al seguimiento de la asistencia que recibe un paciente las veinticuatro horas del día ⁽⁴⁾.

Como también se debe comprender que los registros de enfermería, son una herramienta capaz de evidenciar la calidad del cuidado de enfermería, siendo uno de los más importantes las “Notas de Enfermería”, considerado como un instrumento de desempeño de los enfermeros a nivel internacional y que a su vez también tiene una exigencia de tipo legal.

Para Flor Paz Mogollón, la tendencia de las enfermeras al momento de registrar en las notas de enfermería, es tratar de colocar la mayor información posible, a fin de considerarse protegidas legalmente ante cualquier evento. Pero lo óptimo en el registro de enfermería es que tiene que ser preciso, es decir no interesa la cantidad sino la calidad de información registrada, objetivo y completo, debiendo reflejar con exactitud el estado del paciente y lo que ha pasado ⁽⁵⁾.

Las notas de enfermería deben constituirse en un deber, ya que son un desafío para los enfermeros, en cuanto al aporte que den para hacer más evidente el desempeño de sus roles en el cuidado que brindan a sus pacientes, mediante la sistematización de su trabajo.

Dado que las intervenciones de enfermería se caracterizan por un gran número de procedimientos que requieren tiempo, dedicación y calidez, los registros deben ser oportunos y apropiados; debido a

ello es necesario crear mecanismos que faciliten y agilicen su elaboración; con ello no solo se elimina el riesgo para el paciente sino que también se previenen omisiones en la evidencia del quehacer enfermero, obteniéndose así un reconocimiento para la profesión de enfermería.

Si bien, la enfermería como practica ha existido desde que hubo enfermos que necesitaran de una persona que los atendieran en su estado de impedimento o necesidad, fue hasta mediados del siglo XIX con Florencia Nightingale; quien con justa razón es llamada la “Fundadora de la Enfermería Moderna”, que se empezó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera, en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud ⁽⁶⁾.

De tal manera que los cuidados de enfermería deben estar respaldados por un práctica, funcional y útil, y por una teoría, con sentido y metodología. Los problemas a los que se enfrenta exigen una sistematización y para nada una improvisación; es, por ello, que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método científico que permite llevar a cabo los cuidados que necesitan las personas siguiendo un proceso racional y científico ⁽⁷⁾.

En la década de 1960 se pensó que el proceso enfermero constaba de cuatro partes: valoración, planificación, ejecución, y evaluación. Sin embargo poco después de la primera descripción del proceso enfermero, las líderes en enfermería reconocieron que los datos de la valoración deberían ser agrupados e interpretadas antes de que las enfermeras pudieran planificar, implementar o evaluar un plan de cuidados de pacientes ⁽⁸⁾.

En 1973 se introdujo el PAE en la enseñanza, como un enfoque taxativo de solución de problemas cuyo objeto es identificar y tratar

los inconvenientes de los clientes y una herramienta importante para la enseñanza de la enfermería ⁽⁹⁾.

Actualmente el PAE consta de cinco pasos, el primero paso identificado del proceso es la valoración, seguido de diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

Con el uso del término “diagnostico enfermero” se hace evidente que los enfermeros deben usar el razonamiento diagnóstico en colaboración con los pacientes, con el fin de guiar las intervenciones de enfermería, con el fin que el paciente alcance resultados positivos. El razonamiento que usa la profesión de enfermería difiere del médico en que, siempre sea posible, la personas, que son el foco de los cuidados enfermeros, deben estar íntimamente implicados como colaboradores de los enfermeros en el proceso de valoración y diagnóstico ⁽⁹⁾.

De ahí la importancia de la aplicación del proceso, ya que facilita la comunicación, propicia el crecimiento profesional, la satisfacción en el trabajo y permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención en forma holística e integral.

Es por eso que “el registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnica-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no solo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario” ⁽¹⁰⁾.

Al realizar una evaluación preliminar de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de pacientes con cardiopatías, del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, no se evidenció el uso de los diagnósticos de enfermería, pero si la utilización de notas

narrativas, por ejemplo: “se bañó”, “se administró el tratamiento indicado”, “camina solo”, entre otros.

Ante lo mencionado, se plantearon las siguientes preguntas: ¿Los enfermeros consideran importante el uso de los diagnósticos de enfermería?, ¿Por qué los enfermeros no registran el PAE en las notas?, ¿Cuáles son los impedimentos para utilizar y registrar los diagnósticos de enfermería en las notas?, entre otros.

Por lo expuesto anteriormente, se plantea que para favorecer una adecuada nota en los registros, sería útil la utilización de una “Guía de Diagnósticos”, evitando así las notas muy extensas y poco precisas, las cuales al ser no específicas, no representen una herramienta legal.

En razón a lo anteriormente señalado, se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería para el registro en pacientes con cardiopatías aplicado a los enfermeros del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular, 2014?

B. OBJETIVOS

1. General:

- Determinar la efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería para el registro en pacientes con cardiopatías, aplicado a los enfermeros del servicio de tórax y cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño.

2. Específicos:

- Evaluar la presencia de los diagnósticos de enfermería en las notas de pacientes con cardiopatías en el servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.
- Identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes registrados en las notas de enfermería de pacientes con cardiopatías.
- Orientar a los enfermeros sobre la utilización de la guía de diagnósticos de enfermería de pacientes con cardiopatías en el servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.
- Aplicar la guía de diagnósticos de enfermería de pacientes con cardiopatías, basada en las catorces necesidades Virginia Henderson.
- Comprobar la efectividad de la guía de diagnósticos mediante su presencia en las notas de enfermería y la opinión de los enfermero del servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

C. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

El profesional de enfermería brinda una atención autónoma con la colaboración de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias; identificando a través de los diagnósticos los problemas reales y potenciales, y así realizar las intervenciones con un enfoque biopsicosocial y espiritual.

Carmen del Campos Romero concluye en su investigación que: "trabajar con una guía de cuidados facilita la comunicación y realización de cuidados al usar un lenguaje estandarizado, común para todos los enfermeros" ⁽¹¹⁾

La guía de diagnósticos de enfermería, brinda las siguientes ventajas a la profesión: ⁽¹²⁾

1. Facilita la comunicación por el uso de una taxonomía propia, favorece la implantación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo, incrementa la información sobre el paciente, permite una participación con contenido específico en las reuniones del equipo de salud y por último facilita los cambios de turno y mejora la información entre los profesionales.

2. Favorece el crecimiento profesional de enfermería, define el área de responsabilidad, aumenta la motivación y el prestigio profesional ante los usuarios y otros profesionales.

Se espera que la aplicación de esta guía, permita no sólo unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad de cuidar, sino que fundamentalmente contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población peruana, la formación académica de los estudiantes de enfermería de pre y posgrado, y el logro de un sistema de seguridad social en salud, más competente, eficaz y humanizado

D. LIMITACIONES

En la realización del estudio se presentó las siguientes limitaciones: reducción de la capacidad de pacientes del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular, debido a la huelga médica y remodelación de las instalaciones de dicho servicio, ocasionando una disminución en la recolección de las notas de enfermería.

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

A. MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes, se ha encontrado algunos estudios relacionados; así tenemos los siguientes:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Carmen del Campos Romero y Colb., en el año 2008, realizó un estudio titulado: "Elaboración y diseño de una guía de diagnósticos enfermeros para pacientes en hemodiálisis. España 2008"; cuyos objetivos fueron: seleccionar los diagnósticos enfermeros y establecer las interrelaciones existentes entre las intervenciones y los resultados esperados en los pacientes de nuestra unidad, y elaborar una guía de cuidados para pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis. El estudio fue de tipo cualitativo. La técnica usada fue de entrevista aplicado a 6 enfermeros de un total de 26 de la unidad. Llegando a las siguientes conclusiones:

“La incorporación de técnicas grupales, posibilita la dinámica del consenso en las relaciones interprofesionales, fomentando la participación y motivación de los integrantes del grupo; trabajar con una guía de cuidados facilita la comunicación y realización de cuidados al usar un lenguaje estandarizado, común para todos los enfermeros; y por último la guía será un instrumento que ayude a la mejora continua de la calidad de los cuidados”

ANTECEDENTES NACIONALES

Julissa Limaymanta Nestares, en el año 2010, realizó un estudio sobre: “Efectividad de un registro de enfermería en la valoración y enunciados diagnósticos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Lima 2010” ; cuyos objetivos fueron: evaluar la efectividad de un registro de enfermería en cuanto al contenido en relación a la valoración y enunciados diagnósticos, y evaluar la efectividad del registro de enfermería en cuanto a su estructura en relación a la valoración y enunciados diagnósticos al recién nacido. El estudio fue de tipo cuasiexperimental y método cuantitativo. La técnica usada fue de una encuesta a 25 enfermeras del servicio. Llegando a la siguiente conclusión:

“Poca aceptación de parte de las enfermas en la utilización de la guía diagnóstica”.

Huamán Pozo, Ronald, en el año 2008, realizó el siguiente estudio: “Eficacia de una guía de valoración de diagnósticos de enfermería según NANDA aplicado a los pacientes del servicio de cardiología del Instituto Nacional del Corazón. Lima 2008”, cuyos objetivos son: determinar la utilidad de la guía de valoración y diagnóstica de enfermería según la NANDA aplicado en los pacientes del servicio de cardiología del INCOR. El método fue descriptivo, nivel aplicativo, tipo cuantitativo. Se obtuvo como conclusiones:

“Podemos llegar a que la guía de valoración es útil comprobándose así al hipótesis, por lo que la valoración permite una sistemática y premeditada recolección de un importante cantidad de datos relevantes del paciente, de una manera ordenada, lo que facilita la aplicación del método científico”.

Al respecto, los antecedentes descritos previamente sirvieron de apoyo para la elaboración del marco teórico del presente proyecto y orientaron en los aspectos metodológicos del mismo.

2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

2.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL NIÑO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Para poder hablar sobre el proceso de enfermería se debe tocar antes varios puntos:

PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La historia de la enfermería profesional empezó con Florencia Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en que no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos. Después de su servicio en la organización y el cuidado de los heridos en Scutari, durante la Guerra de Crimea, su idea y la creación de una escuela de enfermería en el hospital St. Thomas de Londres fijó el nacimiento de la enfermería moderna. Las actividades pioneras de Nightingale en la práctica de enfermería y escritos, describiendo como debería ser la educación en enfermería, y sirvieron como guía para establecer escuelas de enfermería en Estados Unidos a principios de siglo xx.

En principios del siglo xx el desarrollo de la profesión se realizó en periodos sucesivos, que se conocen como etapas históricas ⁽¹³⁾:

1. Etapa del currículo, en esta etapa se realizaba la pregunta que deberían estudiar las aspirantes para convertirse en enfermeras.

2. Etapa de la investigación, a medida que se buscaba más la educación superior; empezaron así, a surgir programas de master en enfermería para cubrir la necesidad de enfermeras con una formación enfermera clínica especializada. También fue en esta etapa cuando la mayoría de másteres en enfermería empezaron a incluir cursos de desarrollo de conceptos o modelos de enfermería, presentándose las principales enfermeras y el proceso de desarrollo del conocimiento.

3. Etapa de la teoría, fue una extensión natural de la etapa de investigación. A medida que aumentaba nuestra comprensión del desarrollo de la investigación y del conocimiento, resultó obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente, y que la combinación de investigación y las teorías creaban la ciencia enfermera.

Esta última etapa fue el inicio del desarrollo de las filosofías, teorías y modelos de enfermería. Entre las pensadoras de enfermería, encontramos a Virginia Henderson quien refiere:

“La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o una muerte tranquila y que podría realizarse sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Asimismo es imprescindible realizar estas acciones de tal forma que pueda ser independiente lo antes posible⁽¹³⁾”

Faye Glenn Abdlelhan define a enfermería de la siguiente manera:

“Es un arte y ciencia que une la actitud, la capacidad intelectual y habilidades técnicas en particular con el deseo y capacidad de ayudar a la gente en sus necesidades de salud, tanto si está enfermo como sano⁽¹³⁾”.

Lo planteado por Fayer es la definición que debemos interiorizar, pues nosotros no solo estamos en el proceso enfermedad/recuperación, sino que también brindamos un cuidado en todos los niveles de atención, desde el primer nivel hasta de atención hasta el nivel más especializado.

Debido a que las enfermeras ejercen su profesión en una siempre creciente variedad de lugares y situaciones. El centro de toda la práctica de la enfermería es el cliente, que puede ser un individuo, una familia, un grupo o una comunidad. La práctica de cada enfermera está determinada en gran medida por el ámbito en que se desarrolla y por las necesidades de los clientes que están en ese contexto ⁽¹⁴⁾.

En el caso de pacientes pediátricos la definición planteada por Faye está muy ligada, pues un niño necesita la ayuda constante en todo el proceso de hospitalización, debido a todas las limitaciones que pueda presentar debido a su edad y/o a causa de la enfermedad.

René Spitz plantea el término hospitalismo, en 1946, definiéndolo como: “un conjunto de perturbaciones somáticas y psíquicas provocadas en los niños por una permanencia prolonga en una institución hospitalaria, donde se encuentran completamente privados de su madre” ⁽¹⁵⁾.

En cambio Kathryn E. Barnard se centra en la interacción madre-niño con el entorno, en su teoría “Modelo de interacción para la evaluación de la Salud Infantil”, en donde resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno, permitiendo el desarrollo de los niños y las familias ⁽¹³⁾.

Basándose en estas definiciones se concluye que el hospitalismo es una serie de trastornos que sufre el niño internado como

consecuencia de la carencia más o menos larga del clima familiar, que incluye la separación de la madre, la introducción en un ambiente extraño y la carencia de las relaciones afectivas propias del individuo, ocasionando un déficit y limitaciones en el desarrollo del niño.

A ello le debemos sumar los prejuicios impuestos por la institución, que un niño debe encontrarse solo porque está internado y debe tener en cuenta su condición de enfermo, marginando sus dimensiones bio-psicosocial y espiritual ⁽¹⁶⁾. Sin darse cuenta que un niño no tiene la comprensión necesaria para entender dicha situación y por ende necesita la presencia de su madre, no solo en las horas de visita, sino las 24 horas del día.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

A principios del siglo xx, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas (disciplina y profesión).

La historia demuestra que numerosas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desafiaron el *statu quo* con ideas creativas tanto para la salud de las personas como para el desarrollo de la enfermería. Los trabajos teóricos enfermeros son cruciales para el futuro, tanto de la disciplina como de la profesión de enfermería ⁽¹³⁾.

Para la realización de este estudio se basó en la teoría de, Ida Jean Orlando, quien refiere en su “Teoría del Proceso de Enfermería”: las personas se convierten en pacientes que requieren atención enfermera cuando tienen necesidades de ayuda que no pueden satisfacer independientemente porque tienen limitaciones físicas, reacciones negativas a un entorno o una experiencia que les impide comunicar sus necesidades. Por consiguiente plantea que existe una

correlación positiva entre el tiempo el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia: haciendo hincapié en la inmediatez ⁽¹³⁾.

Direccionando esta teoría a un paciente pediátrico, se entiende la importancia de la continuación de los cuidados brindados en los diferentes turnos, pues así disminuirá el tiempo de espera para la intervención de enfermería y con ello se podrá satisfacer las necesidades del paciente en un menor tiempo, favoreciendo el proceso de recuperación.

Henderson considera al paciente como un individuo que necesitaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Planteó su “Teoría de las 14 Necesidades Humanas Básicas”, en la cual se basa la atención de enfermería. Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: a) sustituta del paciente, b) colaboradora para el paciente y c) compañera del paciente. A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, al enfermera debe “*meterse en la piel*” de cada uno de sus pacientes a fin de conocer que ayuda necesitan ⁽¹³⁾.

Las necesidades que planteó fueron las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar.

6. Selección de ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Aprende, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

La profesión de enfermería fue reconocida como disciplina desde el siglo XIX, brindando un servicio esencial en la atención de salud a través del proceso de comunicación y relaciones interpersonales entre el individuo/familia/personal de salud ⁽¹⁷⁾. Para ello se utiliza un método científico denominado “Proceso de Atención de Enfermería”, el cual fue creado por los años 50 pero fue utilizado recién a mediados de los 60.

El proceso de atención es una herramienta sistemática y ordenada, asentada en principios y fundamentos científicos, que

aplicados correctamente, conducen al reconocimiento de patrones, necesidades y problemas de salud, de las personas cuyas necesidades pueden verse perturbadas en situaciones concretas de salud o en los distintos estadios de su desarrollo vital ⁽⁷⁾.

Esta definición fortalece la ya planteada por Rosalinda Alfaro en 1993, quien define al PAE como un “método científico organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales” ⁽⁶⁾.

Basándonos en estas dos definiciones se concluye que la utilización del PAE al momento de la práctica de enfermería es trascendental, ya que nos sustenta como una disciplina apta para brindar un cuidado garantizado al paciente-familia-comunidad.

Brindando así los siguientes beneficios ⁽¹⁸⁾:

1. Al dar atención, la enfermera se centra en las respuestas humanas y no solo en las cuestiones médicas.
2. La enfermera utiliza el enfoque holístico (totalidad de la persona). Intervenciones adaptadas al individuo, no a la enfermedad. Evitando que se pierda de vista el factor humano, adaptando las intervenciones al individuo.
3. Agilizar el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud real y potenciales, con lo cual se reduce la incidencia de ingresos hospitalarios y se acorta su duración.
4. Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.

5. Tiene requerimientos de documentación precisos para: mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones; por ser escrito, puede utilizarse para evaluar los cuidados brindados al paciente y realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

6. Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.

7. Ayuda a que los pacientes y familiares se den cuenta de que sus aportes y recursos son importantes y a que las(os) enfermeras(os) tengan la satisfacción de obtener resultados.

Esta herramienta consta de cinco etapas interdependientes y dinámicas, las cuales son:

Valoración de enfermería

Esta es la parte más importante, cuyo objetivo está dirigido a obtener información fidedigna y objetiva; utilizando diversas técnicas como la observación, la entrevista, utilización de registro; posteriormente organizarla, seleccionarla y por ultimo analizarla ⁽¹⁷⁾.

En el caso de un paciente pediátrico debemos tener en cuenta que presenta características específicas:

- ✓ Los lactantes no pueden entender la gravedad de su situación.
- ✓ Depende de sus cuidadores para sentirse cómodos y protegidos.
- ✓ Se debe favorecer el vínculo padres-hijos, pero sin que interfiriera con los tratamientos.
- ✓ Presentan temor provocado por el medio extraño.
- ✓ Miedo por el personal desconocido.

- ✓ Puede presentar una regresión en su proceso de desarrollo, por ello se debe favorecer la estimulación, y esta se da por la persona de apego.
- ✓ Pérdida de la autonomía de su propio cuerpo.

Estas características deben estar siempre presentes en el personal de enfermería, al momento de la valoración, pues así podremos identificar las necesidades del paciente y por lo tanto brindarle un mejor cuidado.

Basándonos en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson y teniendo en consideración que el sujeto es un paciente pediátrico con una cardiopatía congénita, se priorizó 5 de ellas, ya que estas estarán más comprometidas por la patología del paciente y la prolongada hospitalización, siendo estas las siguientes:

- ❖ Respiración y circulación
- ❖ Nutrición e hidratación
- ❖ Movimiento
- ❖ Comunicación

Por ello en esta etapa se centrará en recolectar e interpretar los datos que se encuentren ligados a la alteración de las cinco necesidades anteriormente mencionadas.

Diagnósticos de enfermería

Es la segunda Fase del Proceso de Atención de Enfermería. El diagnóstico de enfermería es el enunciado que explica y describe el estado de salud, problema real y /o potencial en los procesos vitales

de una persona que requiere intervención de un profesional de enfermería debidamente formado para dar solución a los problemas identificados o, en su defecto, para mantener o mejorar su bienestar físico, psicológico, social y espiritual ⁽¹⁹⁾.

Está claro que los diagnósticos de enfermería han tenido una influencia positiva en la profesión. Sin embargo se ha podido comprobar que la integración de diagnósticos de enfermería a la práctica es problemática ⁽²⁰⁾.

A pesar que el diagnóstico de enfermería define con claridad la práctica profesional, pues su uso establece que es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de los otros miembros del equipo.

Se han observado algunos de los dilemas que surgen del intento de diagnosticar las necesidades donde interviene la enfermera ⁽²⁰⁾:

1. Utilizar los diagnósticos de enfermería sin ratificación; cuando las categorías del diagnóstico de enfermería son las únicas clasificaciones, se animan a “cambiar los datos para que encaje con dicha clasificación”.

2. Poner nombre nuevo a los diagnósticos médicos; los enfermeros clínicos saben que un componente importante de su práctica es controlar en busca de la aparición y estado de las complicaciones fisiológicas, e iniciar tanto las intervenciones prescritas por el enfermero como las indicadas por el médico.

3. Omitir situaciones problemáticas en el registro; si un sistema de registro exige exclusivamente el uso de los diagnósticos de enfermería, y si la enfermera no decide “cambiar los datos para que encajen dentro de una categoría” o “dar un nuevo nombre a la patología”, entonces la enfermera no posee terminología para

describir un componente crítico de la práctica de enfermería. La imposibilidad de describir estas situaciones puede poner gravemente en peligro los esfuerzos que hace la enfermería por justificar y afirmar la necesidad de enfermeras profesionalizadas en todos los ámbitos de la atención sanitaria.

El adecuado uso de los diagnósticos de enfermería ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los elementos del equipo de salud y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos para solucionarlos o minimizarlos ⁽²¹⁾.

Aun cuando existan numerosos enfermeros que vacilan ante la necesidad de escribir un Diagnóstico Enfermero por temor a cometer errores, ello está mal fundado ya que solo a través de la práctica se hace más fácil redactarlos; y si bien es cierto la mayor parte de estos reflejan una probabilidad que una certeza, es mejor establecer una fuerte posibilidad que no decidir cosa alguna, ya que la indecisión puede indicar carencia de conocimiento, de confianza en sí mismo o de valor ⁽¹⁷⁾.

Por eso para poder redactar adecuadamente un diagnóstico se hace uso del proceso diagnóstico, el cual utiliza dos habilidades del pensamiento crítico: el análisis y la síntesis. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en sus distintas partes. En cambio el pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y estudia las explicaciones antes de formarse una opinión.

La mayoría de las enfermeras siguen continuamente el proceso diagnóstico, aunque una enfermera experimentada puede entrar a la habitación de un paciente y observar de inmediato datos significativos sobre él. Esta capacidad es el resultado de haber adquirido los

conocimientos, la habilidad y la experiencia en la práctica. Sin embargo eso no ocurre con los principiantes, pues necesitan guías para comprender y formular los diagnósticos enfermeros.

El proceso diagnóstico consta de tres etapas ⁽¹⁴⁾.

1. Análisis de datos; se comparan los datos con los estándares, se agrupan generando hipótesis provisionales.

2. Identificación de problemas de salud, riesgo y factores relacionados.

3. Formulación de enunciados diagnósticos.

Planeamiento de la intervención de enfermería

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados ⁽²²⁾.

Esta fase consta de tres etapas secuenciales ⁽²³⁾:

1. Priorizar las necesidades de salud; consiste en decidir que necesidades de salud hay que abordar y en qué orden. Establecer, por tanto, la orientación del profesional de enfermería para abordar los problemas de salud que se pretenden mejorar de manera jerárquica, siguiendo los criterios que se establezcan para cada caso.

2. Definición de los objetivos de mejora de salud; los objetivos representan los resultados que esperamos conseguir en el cliente-paciente, una vez que se haya aplicado las intervenciones

programadas en su plan de cuidados. El contenido del objetivo se basa a la modificación de la respuesta humana alterada en el diagnóstico, por otro que asegure la recuperación o el alivio del paciente para ese problema. Se expresaran, por tanto, como respuestas alternativas y convenientes para la mejora de su salud.

3. Diseñar y establecer el tratamiento clínico propio de la organización de enfermería; es la última etapa dentro de esta fase de planificación. Consiste, en general, en el diseño de las intervenciones específicas del profesional de enfermería, para ayudar al cliente-paciente a conseguir los objetivos planteados. Su finalidad debe ser conseguir optimizar el nivel de dependencia y, por tanto, obtener ej el cliente-paciente la máxima autonomía para el autocuidado.

Intervención de enfermería

Esta cuarta etapa se caracteriza por ejecutar las actividades de enfermería anteriormente prescritas, teniendo en cuenta los criterios de calidad de atención que está dado por ser un cuidado oportuno, continuo, seguro, humano e integral; coordinando con el equipo de salud y el paciente-familia, a fin de que participe activamente en el tratamiento y su recuperación.

En esta etapa se sigue recopilando y valorando las respuestas del paciente, y así se realizaran reajustes previos a la evaluación a priori de los cuidados brindados hasta el momento, los mismos que deben ser individualizados y teniendo en cuenta todas las necesidades del paciente en un sentido holístico (aspecto físico, psicológico, emocional, social, cultural, económico y de rehabilitación).

En 1987, Carpenito escribió que la relación del diagnóstico con la intervención es un elemento crucial en la definición del diagnóstico de

enfermería. Las intervenciones pueden clasificarse en independientes y delegadas. Las intervenciones independientes son aquellas prescritas por enfermeras; las intervenciones delegadas son prescritas por médicos. Ambos tipos de intervenciones requieren un juicio de enfermería; para ambas, la enfermera tiene legalmente que determinar si resulta apropiado su inicio.

Por tanto, se debe tomar decisiones interdependientes relativas tanto a problemas añadidos como a diagnósticos de enfermería. Las decisiones difieren en que, para los diagnósticos de enfermería, la enfermera prescribe el tratamiento para la situación; en el caso de los problemas añadidos, la enfermera principalmente controla el estado del paciente, para detectar complicaciones fisiológicas ⁽²⁰⁾.

Evaluación de la intervención y del proceso

Constituye la última etapa del proceso de atención de enfermería, el cual permite evaluar el plan y el proceso en todas sus etapas, comenzando desde la valoración de las respuestas observadas comparándola con los parámetros esperados, y realizando los reajustes previa evaluación a priori de los cuidados brindados hasta el momento.

Para poder utilizar el Proceso de Atención de Enfermería es necesario que el profesional de enfermería posea habilidades técnicas, las cuales deben ser utilizadas con la inteligencia y el alto grado de discernimiento, habilidad conductual, referido a la utilización del proceso de comunicación y relaciones interpersonales, la coordinación y el liderazgo en la toma de decisiones oportunas, y la habilidad intelectual, que está dado por la capacidad de recopilación de información suficiente para definir los problemas basados en la

interpretación de los hechos y elaborar un plan de cuidados para su solución⁽²⁴⁾.

2.2. LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

El registro de enfermería es un documento específico que forma parte importante del expediente clínico de cualquier institución de salud, y también de la historia clínica, en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud, intervenciones de promoción de la vida y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería y los demás miembros del equipo de salud proporcionan a la persona, familia y comunidad ⁽²¹⁾.

En nuestro país estos registros obedecen a una exigencia de orden legal establecida en la “ley del trabajo de la enfermera (o peruana”, ley 27669⁽²⁵⁾.

El registro de enfermería tiene dos propósitos profesionales: administrativo y clínico. Los propósitos administrativos son los siguientes ⁽²⁰⁾:

1. Definir el objetivo de enfermería para el cliente o grupo.
2. Diferenciar la responsabilidad de la enfermera del resto de los miembros del equipo de salud.
3. Proporcionar los criterios para la revisión y evaluación de los cuidados (garantía de calidad).
4. Proporcionar justificación para el reembolso.
5. Proporcionar datos para el análisis administrativo y legal.

6. Cumplir datos con fines científicos y educativos.

El sistema de registro de enfermería tiene varios componentes. La mayoría de los componentes de los registros utilizan el Proceso de Atención de Enfermería.

DIRECTRICES PARA ELABORAR LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Para poder juzgar los cuidados o registros hay que compararlos con unas normas. Las normas que gobiernan los registros de enfermería proceden de fuentes muy diversas. El hecho de conocer estas normas proporciona a un departamento de enfermería la autoridad para determinar su filosofía y políticas de registro, de acuerdo con las normas aplicables. Para realizar el registro se debe ordenar lo siguiente ⁽²⁰⁾:

1. La recogida de datos relativos al estado de salud del paciente/cliente es sistemática y continua. Los datos son accesibles, se comunican y anotan.
2. Los diagnósticos de enfermería proceden de los datos sobre el estado de salud.
3. El plan de cuidados de enfermería incluye objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.
4. El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y planteamientos o medidas de enfermería prescritos cuyo fin es alcanzar los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.

5. Las acciones de enfermería proporcionan al cliente-paciente la posibilidad de participar en la conservación y recuperación de la salud.
6. Las acciones de enfermería ayudan al cliente/paciente a aumentar sus capacidades de salud.
7. El progreso o falta de progreso del cliente/paciente hacia el logro de los objetivos está determinado por el cliente/paciente y la enfermera.
8. El progreso o falta de progreso del cliente/paciente hacia el logro de los objetivos dirige a una revaloración, reorganización de las prioridades, fijación de nuevos objetivos y la revisión de plan de cuidados de enfermería.

La documentación e informe de calidad mejora la atención individualiza y eficiente del paciente, y pueden efectuarse mediante el empleo de directrices o estándares, teniendo lo siguiente ⁽²⁶⁾:

Objetividad

Un registro e informe objetivo contiene información descriptiva sobre lo que la enfermera ve, escucha, siente y percibe; discriminando entre los datos objetivos y subjetivos.

Una descripción objetiva es el resultado de una observación y de mediciones directas, teniendo menos riesgo a ser mal interpretada o que provoque interpretaciones erróneas. Palabras vagas como *débil*, *bueno o parece* y frases como *dentro de los límites normales* no son aceptables, debido a que originan inferencias conclusiones que no apoyan la información objetiva; si una enfermera efectuase

inferencias o llega a conclusiones sin una información objetiva puede producirse errores en la atención.

Exactitud

El registro de un paciente debe ser exacto, de modo que contenga información precisa, el empleo de mediciones exactas, como *“ingesta de 300 ml de agua”*, en lugar de *“el paciente bebió agua”*, es esencial para determinar si el paciente mejor o se deteriora.

El empleo de abreviaturas, símbolos, y sistemas de medición aceptadas por una institución asegura que todo el personal emplea el mismo lenguaje en los registros e informes.

La ortografía correcta también es importante para la precisión de la documentación y del informe, debido a que los términos pueden confundirse o malinterpretarse con facilidad.

Integridad

La información en una entrada registrada debe ser completa, y debe contener información concisa y detallada sobre un paciente, las notas largas son difíciles de leer, y las notas demasiado cortas o abreviadas pueden dar la impresión de que los cuidados enfermeros fueron precipitados o incompletos.

Un informe bien redactado evita las palabras innecesarias y detalles irrelevantes. Cuando es necesario que una enfermera comunique información sobre un paciente a la enfermera responsable, a una supervisora, o a un médico, es importante que la información sea documentada por completo en el registro; la enfermera documenta el horario del informe, la persona informada y la información transmitida.

Actualidad

Registra las entradas en su horario real es esencial en la atención concurrente del paciente; el retraso del registro o información pueden ocasionar omisiones y retrasos de la atención necesaria.

Legalmente, una entrada tardía en una gráfica puede ser interpretada como una negligencia; las decisiones evolutivas acerca de la atención sanitaria deben fundamentarse en información comunicada en su momento adecuado.

Organización

La enfermera comunica la información en una forma cronológica y lógico; un miembro del equipo asistencial comprenderá mejor la información proporcionada en el orden cronológico que sucedió.

Confidencialidad

La información confidencial es la proporcionada por una persona a otra de confianza que esta información no será utilizada de forma inapropiada, la ley protege la información sobre los pacientes obtenida mediante la exploración, observación, conversación o tratamiento. Las enfermeras estamos en la obligación legal y ética de mantener la confidencialidad sobre las enfermedades y tratamientos de los pacientes.

Legibilidad

Los registros ilegibles pueden provocar errores de tratamiento, por ello es necesario que la enfermera emplee su mejor caligrafía para asegurar que los registros sean claros y fáciles de leer.

Si la caligrafía de una enfermera es ilegible, las entradas deben efectuarse a máquina, la mayoría de las instituciones exigen el uso de tinta azul o negra y para los registros nocturnos tinta de color rojo.

TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA ⁽²⁶⁾

Las enfermeras laboran en diferentes ámbitos clínicos, y como consecuencia servicios distintos utilizan una variedad de formatos de documentación. La mayoría de formatos eliminan la necesidad de duplicar datos.

Los formatos presentan tipos especiales de información, entre esos tenemos:

Kardex

Es un método conciso ampliamente utilizado para la organización y registro de datos sobre pacientes, haciendo que la información sea más accesible a todos los miembros del equipo de salud.

El sistema consta de una serie de fichas que se guardan en un archivo portátil; a menudo los kardex son actualizados después de la visita médica.

Hoja grafica

Es un formato utilizado para anotar las constantes vitales, pesos, entradas y salidas totales en 24h, y determinadas valoraciones. Los gráficos reflejan el estado del cliente en determinadas áreas.

Si las valoraciones son normales, no es necesario hacer otras anotaciones en las notas de enfermería.

Anotaciones de enfermería

Son registros que realizan la enfermera de hechos esenciales que le ocurren al paciente, avalan la calidad y continuidad de los cuidados, mejoran la comunicación, evitan errores y duplicaciones.

Desde el punto de vista histórico, el formato para las notas de enfermería fue narrativa. Sin embargo, los registros exclusivamente narrativos producen notas de las cuales resulta difícil extraer información, motivo, quizás, por el que pocos profesionales de la salud no leen las notas.

Para conseguir una recuperación eficaz de la información acerca del estado de un determinado problema o situación, las notas tendrán que organizarse bajo un sistema ⁽²⁰⁾.

Tenemos los siguientes tipos de notas:

✓ Anotaciones narrativas: es el método tradicional de los registros de enfermería, se trata de formar un formato similar a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre en el turno. En ella se registra el estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento.

✓ Anotaciones orientadas al problema (SOAPIE): es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de atención de enfermería, incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecuencia de los objetivos. En este sistema, la información está basada en las necesidades del paciente, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante.

S: datos subjetivos, incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente.

O: datos objetivos, consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por la observación

A: interpretación y análisis de los datos, es aquí donde registran los diagnósticos de enfermería, que pueden ser reales o potenciales.

P: plan de cuidados, se refiere a registrar el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

I: intervención, se refiere a la ejecución del plan de cuidados con la finalidad de resolver las necesidades del paciente.

E: evaluación de los resultados esperados, se evalúa la eficacia de la intervención efectuada, concluye con la firma y sello de la enfermera que atendió al paciente.

✓ Anotaciones focus: es un método de organizar la información , son las segundas notas de la enferma y están estructuradas en tres categorías:

D: datos subjetivos

A: acciones la intervención de enfermería que se ha ejecutado

R: respuesta, es la reevaluación de la eficacia de las intervenciones.

2.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA USADOS EN UN SERVICIO DE CARDIOPATÍA

Se realizó una indagación científica y revisión de la taxonomía NANDA, lo cual dio lugar a seleccionar los siguientes diagnósticos ⁽²⁷⁾:

- Interacción social disminuida relacionado con aislamiento de sus amigos.

- Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar capilar.
- Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.
- Disminución o falta de motivación relacionado con dolor, ansiedad severa, debilidad o cansancio, deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético y/o barreras ambientales
- Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio entre la ventilación y perfusión.
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular relacionado con bajo nivel de saturación de oxígeno.
- Familiares con ansiedad relacionado con el progreso de la enfermedad.
- Disminución de la estimulación (del interés o la participación) en actividades recreativas o de ocio relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas.
- Disminución del gasto cardiaco relacionado con el defecto estructural del corazón y/o incapacidad del corazón para bombear sangre.
- Dificultad para la interacción social relacionado con el proceso de hospitalización

- Desintegración de las respuestas fisiológicas y neuro-comportamentales al entorno relacionado con Enfermedad relacionado con inmadurez del sistema neurológico, edad gestacional, deprivación sensorial, inadecuación sensitiva, sobreestimulación sensorial, procedimientos invasivos o dolorosos, prematuridad, intolerancia alimentaria, dolor, trastornos congénitos o genéticos y/o exposición a teratógenos.
- Riesgo a alteración nutricional por defecto relacionado con ayunas prolongadas pre y /o post operatorias.
- Riesgo de desequilibrio hemodinámico relacionado con deterioro cardíaco
- Estado en el que la cantidad de sangre bombeada por el corazón ha disminuido lo suficiente para no cubrir de forma adecuada las necesidades de los tejidos corporales relacionado con alteración en la precarga, postcarga o inotrópicos del corazón, alteración de la frecuencia, ritmo o conducción, alteración del volumen de eyección y/o alteración de la precarga.
- Deterioro de la perfusión cardíaca relacionado con disminución del flujo sanguíneo arterial.
- Deterioro de la nutrición por defecto relacionado con disminución en la asimilación de nutrientes.
- Alto riesgo de déficit de volumen hídrico relacionado con régimen de NPO antes y/o después de la operación quirúrgica, pérdida de apetito y/o vómitos.

- La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento relacionado con anomalías del lactante, anomalías de la mama, cirugía mamaria previa, toma de alimentación complementaria con tetina, reflejo de succión débil del lactante, falta de soporte de la familia o de la pareja, déficit de conocimientos, interrupción de la lactancia materna, ansiedad o ambivalencia maternal, prematuridad, anomalías del lactante y/o historia previa de lactancia materna ineficaz.

- Disminución de la actividad física relacionado con debilidad generalizada y/o fatiga.

- Intolerancia a la actividad física relacionado con el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno.

Este banco de diagnósticos de enfermería se utilizó para la realización de la guía que fue utilizada en el servicio donde se realizó el estudio (anexo B).

3. Definición operacional de términos

- Efectividad: presencia de diagnósticos de enfermería de la guía en los registros de enfermería de pacientes con cardiopatías aplicado por los enfermeros del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular.

- Guía de diagnósticos de enfermería: instrumento usado por los enfermeros del servicio para seleccionar los diagnósticos de enfermería de pacientes pediátricos con cardiopatía, más acordes a sus necesidades, para su posterior registro en las notas de enfermería.

- Registros de enfermería: instrumento de carácter legal, donde se evidencia la frecuencia de los diagnósticos de enfermería, que son la evidencia del quehacer de los enfermeros del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular en los pacientes pediátricos con cardiopatías.
- Opinión: es el juicio que tienen los enfermeros del servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, sobre la utilización de la guía de diagnósticos de enfermería de pacientes con cardiopatías para el registro en las notas de enfermería.

B. FORMULACION DE HIPÓTESIS

Para el presente estudio se formuló la siguiente hipótesis de trabajo

- H₁: “Existe la presencia de los diagnósticos de enfermería en las notas de enfermería cuando se utiliza la guía de diagnósticos de enfermería para pacientes con cardiopatías”

C. DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO , NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque permite asignar un valor numérico a la variable de estudio, nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarlo, método cuasiexperimental de corte transversal ya que nos permitirá obtener la información tal y como se presenta, en un espacio y tiempo determinado

2. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de pacientes con cardiopatías, del

servicio de cirugía de tórax y cardiovascular del Instituto de Salud del Niño.

El muestreo que se utilizó fue probabilístico por conveniencia, y el tamaño de la muestra fue de 1080 notas de enfermería, la cual se estructuró en base al número de pacientes con cardiopatías atendidos en el servicio y el tiempo que se aplicó la “Guía de Diagnósticos de Enfermería”.

Teniendo en cuenta que la capacidad actual del servicio es de 6 pacientes con cardiopatías, y se calcula que como mínimo se debe plasmar 1 diagnóstico de enfermería por cada paciente en los notas de enfermería, haciendo así un total de 6 diagnósticos y 6 notas de enfermería en cada turno de 12 horas. También debemos considerar el tiempo de aplicación de la guía, el cual fue de 90 días, dándose así un total de 180 turnos de 12 horas programadas. Teniendo un total de 1080 diagnósticos de enfermería registrados como mínimo en 1080 notas de enfermería.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Notas de enfermería registrados por los 13 enfermeros asistenciales del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular.
- Notas de enfermería solo de pacientes con cardiopatías.
- Notas de enfermería registrados en los turnos diurno y nocturno.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Notas de enfermería registrados en las historias clínicas de pacientes ambulatorios que se encuentren en el servicio.

- Notas de enfermería de pacientes de cirugía de tórax y cirugía plástica.
- Notas de enfermería de pacientes dados de alta.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la de observación, mientras que los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Guía de diagnósticos de enfermería: esta guía se elaboró en base a una indagación científica inicial, de la cual se seleccionaron 13 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos en 4 dimensiones (respiración-circulación, nutrición-hidratación, movimiento y comunicación) usando como base las 14 necesidades de Virginia Henderson (anexo C).

- Hoja de registro: se usó para sistematizar de manera objetiva la presencia de los diagnósticos de enfermería que se encontraron en las notas de enfermería de las historias clínicas del servicio de cirugía de Tórax y Cardiovascular (anexo E).

- Encuesta de opinión: fue usada para obtener las opiniones de los enfermeros, luego de aplicada la guía de diagnósticos (anexo D).

4. PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

Para la ejecución del estudio se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Director de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud del Niño, a fin de obtener la autorización

respectiva. Luego se realizó las coordinaciones con la Jefe del Servicio a fin de establecer el cronograma de recolección de datos.

Para la realización del estudio se procedió de la siguiente manera:

1. Evaluación previa de las notas de enfermería: con la autorización de la jefe del servicio de Cirugía de tórax y Cardiovascular, se procedió a evaluar la presencia de los diagnósticos de enfermería en las notas de pacientes con cardiopatías, por un periodo de 3 meses en los diferentes turnos (diurno y nocturno).

2. Elaboración de la “Guía de Diagnósticos de Enfermería para Pacientes con Cardiopatías”: se realizó en dos momentos, en el primer momento se planificó una indagación científica para poder definir el universo de los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes utilizados en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño, a través de la opinión de los enfermeros de dicho servicio y la taxonomía NANDA. En el segundo momento se procedió a elaborar la guía, la cual fue sometida a un Juicio de Expertos, y se pudo clasificar en las dimensiones más afectadas en un paciente pediátrico con cardiopatías.

3. Orientación y sensibilización: se realizó en dos momentos, en el primer momento, se reunió a los enfermeros de cada turno en el “star de enfermería”, donde se les sensibilizó sobre la importancia del uso de los diagnósticos en las notas de enfermería, como también se les explicó sobre las características y la utilización de la guía durante 30 minutos, después se resolvieron todas las preguntas que hubieron por 15 minutos y se finalizó con la entrega de la guía de diagnósticos de enfermería para pacientes con cardiopatías; este momento tuvo una duración de 7 días, con el fin de brindar esta información a los 13 enfermeros que laboran en turnos rotativos

En el segundo momento se realizó en dos fechas, a los 30 y 60 días de después de iniciado la aplicación de la guía, pudiendo reunir a los 13 enfermeros en ambas ocasiones, y se les reforzó la importancia del uso de los diagnósticos de enfermería y utilización de la guía por 30 minutos, y durante 15 minutos se resolvieron las dudas que se presentaron.

4. Aplicación de la guía: se les entregó a cada enfermero asistencial del servicio, al jefe del servicio y se dejó una guía en el “star de enfermería” como respaldo si algún enfermero se les olvidase. Esta etapa tuvo como duración 90 días.

5. Evaluación de la efectividad: en un primer momento se analizaron las 1080 notas de enfermería de las historias clínicas de pacientes con cardiopatías recolectadas en los 90 días de aplicación de la guía, con el fin de evaluar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería de la guía; y en un segundo momento se aplicó la encuesta de opinión sobre la guía a los 13 enfermeros, después de finalizado el tiempo de aplicación.

Luego de recolectados los datos, fueron procesados mediante el paquete estadístico Excell, previa elaboración de una Tabla de Códigos.

Posteriormente se presentó los resultados en gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

5. Consideraciones éticas

Con el fin de proteger a los enfermeros que están dentro de la investigación, y garantizar el respeto a sus derechos, se les hizo entrega de un consentimiento informado en el cual se explicó que la

participación en el estudio es de forma anónima, solo se evaluó la presencia de los diagnósticos de enfermería que se incluyeron en la guía, sin que el ánimo sea evaluar a cada enfermero; obteniendo como producto la presencia de los diagnósticos de enfermería en las anotaciones de enfermería

Además se le informo que su participación ayudara a mejorar la atención de los pacientes y un adecuado registro en las notas de enfermería.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

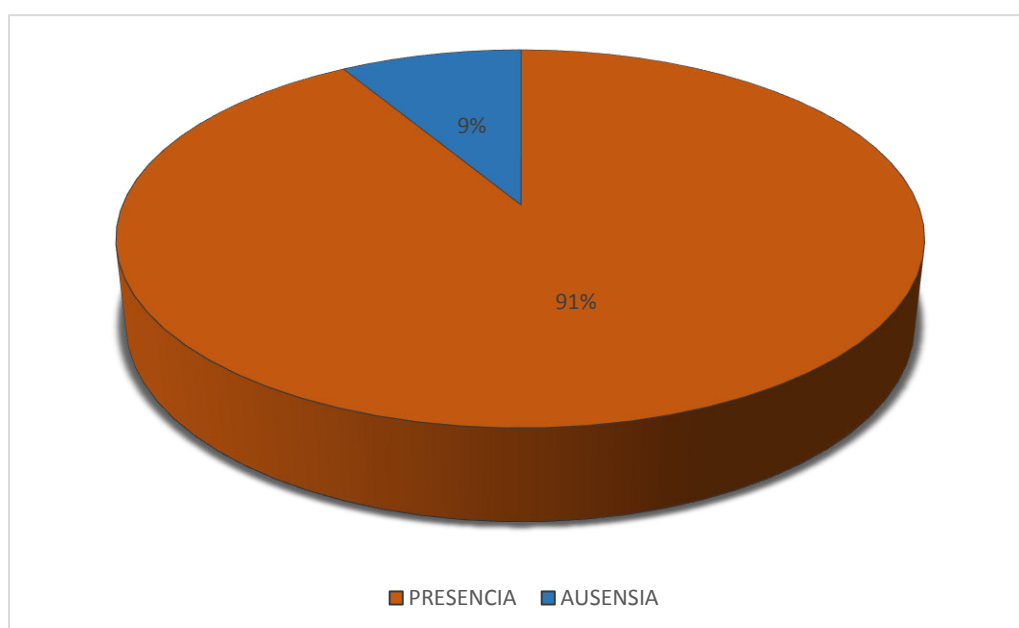
Luego de haber recolectado los datos, estos fueron procesados y vaciados de forma que puedan ser representados en cuadros estadísticos para facilitar su análisis e interpretación

A.1 Datos Generales

La población estuvo conformada por 1080 notas de enfermería de pacientes con cardiopatías, registrados por los enfermeros del servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño

A.2 Datos Específicos

GRAFICO N° 1
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRESENTES EN
LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE CT Y CVC DEL INSN
LIMA – PERÚ
2014

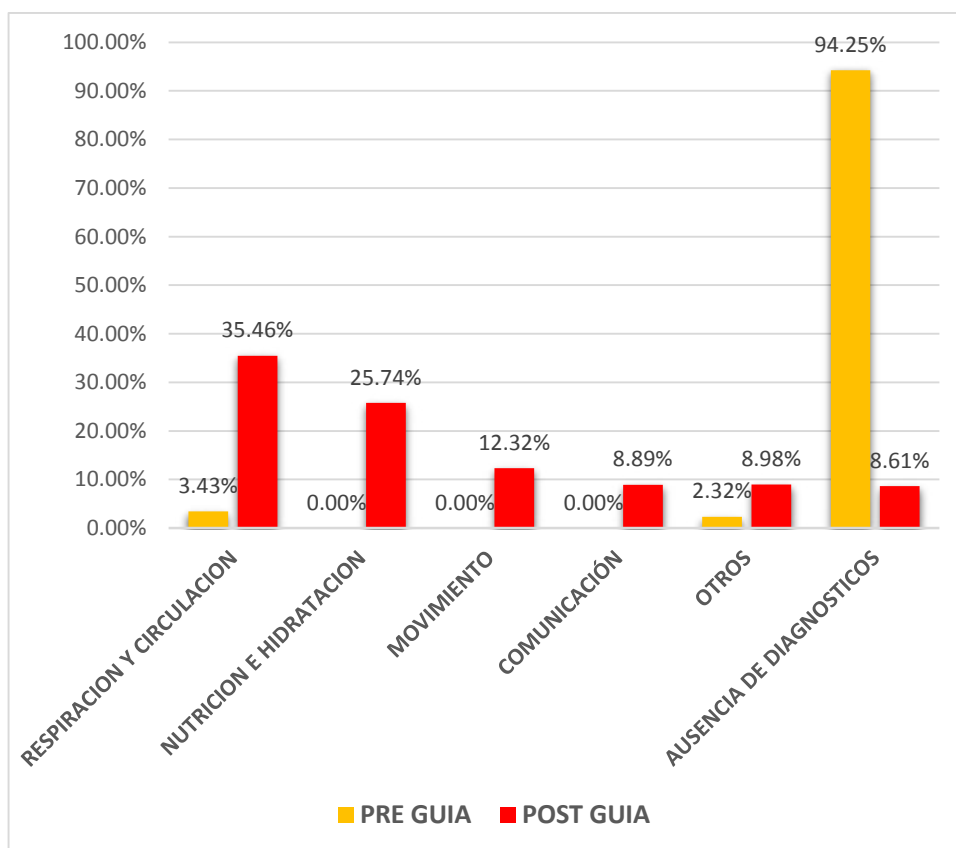


En el gráfico N° 1 “Diagnósticos de Enfermería presentes en las notas de enfermería del servicio de CT Y CVC del INSN”, de las 1080 notas se observa que en 987 (91.39%) se han registrado los diagnósticos de enfermería.

Solo el 97 (9,83%) son notas narrativas y/o descriptivas.

GRAFICO Nº 2

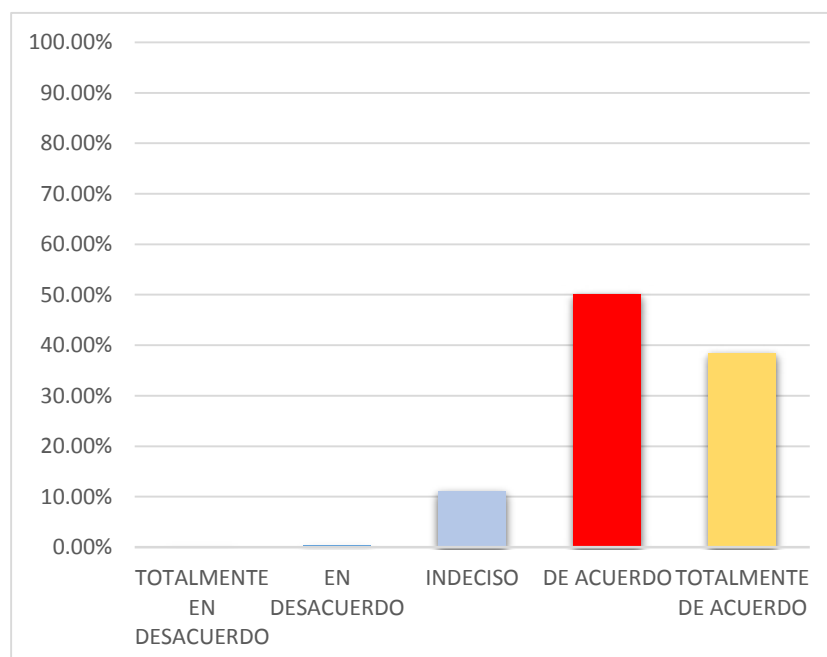
**FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN
DIMENSIONES DE LA GUÍA DE ESTUDIO REGISTRADOS
EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE CT Y CVC DEL INSN
LIMA – PERÚ
2014**



En el gráfico Nº 2 se observa la frecuencia de los diagnósticos de enfermería registrados en las notas según las dimensiones de la guía de estudio. De un total de 1080 (100%) notas de enfermería, se evidencia que los diagnósticos de la dimensión de “Respiración y Circulación” antes de la aplicación de la guía se registraron en 37 (3.43%) notas y después de su aplicación en 383 (35.46%), los

diagnósticos de “Nutrición e Hidratación” antes de la guía se registraron en 0 (0.00%) notas y después en 278 (25.74%), los diagnósticos de “Movimiento” antes de la guía se registraron en 0 (0.00%) notas y después en 133 (12.32%), los diagnósticos de la dimensión “Otros” antes de la guía se han registrado 25 (2.32%) notas y después en 97 (8.98%) los diagnósticos de “Comunicación” antes de la guía se registraron en 0 (0.00%) notas y después en 96 (8.89%); y por último tenemos el rubro de las notas con “Ausencia de Diagnósticos”, en el cual se evidencia que antes de la aplicación de la guía habían 1018 (94.52%) notas narrativas y/o descriptivas y después de la aplicación solo se observa 93 (8.61%).

GRAFICA Nº 7
OPINIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA GUÍA DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APLICADA
EN EL SERVICIO DE CT Y CVC DEL INSN
LIMA – PERÚ
2014



En el Gráfico N° 7 se aprecia la opinión de las enfermeras sobre la guía de diagnósticos aplicada en su respectivo servicio, se obtuvo de un total de 325 (100%), 0 (0.00%) totalmente en desacuerdo, 1 (0.31%) en desacuerdo, 36 (11.08%) indecisos, 163 (50.15%) en acuerdo y 125 (38.46%) totalmente de acuerdo.

Utilizando la escala del instrumento de opinión, en el procesamiento se obtuvo como valor final 4.27, localizándose en el campo “De acuerdo”.

B. DISCUSIÓN

Los registros de enfermería son documentos legales, que evidencian desde el proceso de enfermedad del paciente hasta su recuperación. Entre estos documentos se encuentran las notas de enfermería, cuya estructura va a depender de la norma del establecimiento de salud.

Las notas de enfermería no solo tienen un carácter legal, sino que constituyen una evidencia del desempeño de la enfermera. Hoy en día diversas instituciones vienen trabajando en mejorar la calidad de estas notas, por ello la literatura nos permite contar con una selección de diagnósticos pre elaborados que “dicen de una forma concreta lo que tiene el paciente”, constituyéndose en una ayuda memoria para el enfermero.

Es por eso que se elaboró, implementó y evaluó una guía de diagnósticos de enfermería, como una herramienta de consulta cotidiana y practica para el personal que se enfrenta a las necesidades de los pacientes, y que requieren tomar decisiones

rápidas, tanto en el diagnóstico como en las intervenciones y así ofrecer un cuidado de calidad.

En los resultados obtenidos se evidencia que el uso de esta guía en el servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño, ha sido efectiva, ya que después de su aplicación ha habido un aumento de 62 (5.75%) a 987 (91.39%) notas registradas con diagnósticos de enfermería; de este aumento 890 son notas que fueron registradas con los diagnósticos de enfermería de la guía de estudio.

Los diagnósticos de la guía fueron registrados en un 82.41% del total de las notas de enfermería, teniendo entre ellos que los diagnósticos de la dimensión de “Respiración y Circulación” alcanzaron un porcentaje de 35.46%, esto se debe principalmente al tipo de patología, ya que estos son los sistemas más afectados en pacientes con cardiopatías, seguido de “Nutrición e Hidratación” con un 25.74%, “Movimiento” con un 12.32%, el rubro de “Otros” con 8.98%, que son los diagnósticos que no pertenecen a ninguna de las 4 dimensiones establecidas en la guía y por último encontramos a la dimensión de “Comunicación” con un 8.89%, esto es porque el grupo etareo con el que se basó para la elaboración de la guía, fueron pacientes pediátricos, los cuales pueden presentar limitaciones en el desarrollo de su comunicación a causa del alejamiento del clima familiar, ingreso a un ambiente extraño con personal desconocido, entre otros.

Después de la implementación de la guía de estudio a los 13 enfermos asistenciales de dicho servicio, se les aplicó una encuesta de opinión, donde se evaluó la estructura, contenido y su aplicabilidad en el servicio; se obtuvo que los enfermeros están de acuerdo en un

50.15% que la guía de estudio es aceptable en su estructura, contenido y aplicabilidad; respaldando así los resultados obtenidos en la frecuencia de los diagnósticos de la guía registrados en las notas de enfermería, durante los 90 días de aplicación.

Resultado que también concuerda con los estudios de Carmen del Campos Romero y con el trabajo de investigación de Ronald Huamán Pozo, que de igual forma contribuyeron a mejorar las notas de enfermería, y por consecuencia los registros en general; con lo cual se contribuye a mejorar la calidad de los cuidados y sus evidencias, asegurando la continuidad de la atención.

Es por eso que se reafirma que la elaboración de los diagnósticos de enfermería permite proporcionar un cuidado integral, comprensivo e individualizado, como también unifica criterios, para que todos los enfermeros usen los mismos términos cuando se refieran a un mismo problema; todo ello garantiza la continuidad del cuidado durante las 24 horas del día

Por ello, la importancia de elaborar esta “Guía de Diagnósticos de Enfermería para Pacientes con Cardiopatías”, así garantizamos la homogeneidad del lenguaje del personal de enfermería, como también facilitar su adecuada anotación en los registros correspondiente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

La guía de diagnósticos de enfermería es efectiva dado que sus 4 dimensiones fueron registrados en un 82.41% en las notas de enfermería, y los enfermeros estuvieron de acuerdo en su utilización en el servicio según la encuesta de opinión aplicada, con lo cual se aceptan la hipótesis de estudio.

Determinándose así la importancia del uso de una guía diagnósticos en el registro de las notas de enfermería; facilitando la utilización de los diagnósticos, al igual que garantiza mantener un lenguaje estandarizado entre todo el personal, para ofrecer una atención de calidad, y una adecuada anotación en sus registros, que les servirá como un sustento legal sobre las intervenciones de enfermería brindadas a cada paciente.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se derivan del presente estudio son las siguientes:

1. Realizar otras investigaciones de corte cuasiexperimental referido al manejo de diagnósticos de enfermería a fin de mejorar la calidad de las notas.
2. Difundir el uso de los diagnósticos de enfermería y su adecuado registro.
3. Gestionar la aprobación de las autoridades correspondientes, en la utilización de una “Guía de Diagnósticos de Enfermería”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ortega Vargas, María Carolina; Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio en Enfermería, Ed. Panamericana 2º ed.
- (2) Martínez Ques, A.A; Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
- (3) Balderas Pedrero, María De la Luz; Administración de los Servicios de Enfermería, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 5º ed.
- (4) Ayuso Murillo, Diego; La Gestión de Enfermería y la División Medica como Dirección Asistencial, Ed. Díaz de santos 1º ed.
- (5) Flor Janeth Paz Mogollón. “Utilidad de un registro integrado de admisión de enfermera al paciente pediátrico” [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela Profesional de Enfermería: 2003.
- (6) María De Jesús García Gonzales, “El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson”, México-D. F., 2º edición
- (7) G. Sánchez-Cascado, G- J: Mingo, “Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria”, España-Madrid, 1º edición
- (8) Espinosa R., Carme y Junta Directiva de AENTDE; Diagnósticos Enfermería definiciones y clasificaciones 2009-2011, Ed. Elsevier 7º ed.
- (9) Heimar F., Marín; Desarrollo de sistemas Normalizados de información de Enfermería, Ed. OPS 5º ed.

- (10) Ofelia Ortiz Carrillo, María del Socorro Chávez. El registro de enfermería como parte del cuidado [Internet]. 2006, junio. [citado el 18 de Abril del 2014], 8 pág. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006>
- (11) Carmen del Campo Romero, Carmen Carmona Valiente, José Javier Fernández Montoro, José Luis Fernández García, Rosario García Palacios, Agustín Ramírez Rodríguez, etc. "Elaboración y diseño de una guía de diagnósticos enfermeros para pacientes en hemodiálisis".
- (12) Apuntes y recursos de Enfermería. Diagnósticos de enfermería [Página de internet]. España: 16-01-13. [Fecha de acceso 12-05-13]. Disponible en: www.Laenfemeria.es/apuntes/otros/fundamentos_enfermeria/enfermeria_fundamental_proceso_de_enfermeria.doc.
- (13) Ann Marrier Tomey y Martha Paile Alligood, Modelo y Teorías en enfermería. Madrid- Barcelona, Elsevier, 5º edición.
- (14) Koziar, Bárbara; Manual Clínico de fundamentos de Enfermería; Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 5º ed.
- (15) Alicia Faraone, "Maltrato Infantil y un estudio de caso". Montevideo- Uruguay, Trilce, 2000, Pagina: 86
- (16) Suzanne Kerovac, Jacinthe Pepin. El Pensamiento Enfermero. 1º edición. España- Barcelona, Ed. Masson.
- (17) Juana Duran, "Proceso de Enfermería: Metodología del Trabajo de Enfermería en la Atención al Paciente y Familia", Perú-Lima, 1º edición.

- (18) Caro Ríos, Sara Elvira y Guerra Gutiérrez, Cecilia Elena; El Proceso de Atención en Enfermería, Ed. Universidad del Norte 4º ed.
- (19) Carpenito JL, “Diagnósticos de Enfermería”, Madrid, 1º edición.
- (20) Carpenito JL; Planes de cuidados y Documentación en Enfermería, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 1º ed.
- (21) Sara E. Tellez Ortiz, Martha García Flores, “Modelos de Cuidados en Enfermería NANDA; NIC Y NOC”, México-D.F., 1º edición.
- (22) Atkinson L, Murray ME, “Proceso de Atención de Enfermería”, México, 5º edición.
- (23) Mora Martínez, José Ramón; Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos aplicados en las organizaciones de enfermería, Ed. Díaz de Santos 3º ed.
- (24) Isabel Chaurra López y María Inarejos García, “Enfermería Pediátrica”, España, 1º edición.
- (25) Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669. Colegio DE Enfermeros del Perú.
- (26) Perry Potter, “Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos”, España, 4º edición.
- (27) State Avene, Ames; Diagnósticos Enfermeros definición y clasificación 2012-2014, Ed. Elsevier 8º ed.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- A Operacionalización de la variable
- B Diagnósticos de enfermería seleccionados
- C Instrumento
- D Encuesta de Opinión
- E Ficha de Recolección de Diagnósticos de Enfermería
- F Consentimiento Informado
- G Prueba Binomial de Juicio de Expertos
- H Confiabilidad Estadística

- I Diagnósticos de Enfermería Presentes en las Notas de Enfermería del Servicio de CT y CVC del INSN Lima – Perú 2014

- J Frecuencia de Diagnósticos de Enfermería según Dimensiones de la Guía de Estudio registrados en las Notas de Enfermería del Servicio de CT y CVC del INSN Lima – Perú. 2014

- K Opinión de los Enfermeros sobre la Guía de Diagnósticos de Enfermería aplicada en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del INSN, Lima-Perú. 2014

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Guía de diagnósticos de enfermería de enfermería de pacientes con cardiopatías	La guía de diagnósticos de enfermería es un instrumento que nos permite facilitar la comunicación y realización de cuidados al usar un lenguaje	Respiración y circulación	1. Riesgo de perfusión tisular cerebral relacionado con bajo nivel de saturación de oxígeno 2. Disminución del gasto cardiaco relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El defecto estructural del corazón ➤ Incapacidad del corazón para bombear sangre 	Presente Ausente Presente Ausente	La efectividad de la guía de diagnósticos de enfermería se podrá determinar, si se están presentes o no los diagnósticos de la guía, en los registros de enfermería. Teniendo

	estandarizado, común para todos los enfermeros, desde su ingreso hasta su egreso.	Nutrición e hidratación	<p>3. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio entre la ventilación y perfusión</p> <p>4. Riesgo de desequilibrio hemodinámico relacionado deterioro cardiaco</p> <p>5. Deterioro de la perfusión cardiaca relacionado con disminución del flujo sanguíneo arterial.</p> <p>1. Deterioro de la nutrición por defecto relacionado con disminución en la asimilación de nutrientes.</p> <p>2. Alto riesgo de déficit de volumen hídrico relacionado con:</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p>	<p>en cuenta lo siguiente:</p> <p>Útil: la presencia de diagnósticos de la guía se encuentra dentro de la escala 1321 a 1980.</p> <p>Medianamente útil: la presencia de diagnósticos de la guía se encuentra dentro de la escala 661 a 1320.</p> <p>No útil: la presencia de diagnósticos de la</p>
--	---	-------------------------	---	---	---

		Movimiento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Régimen de NPO antes y/o después de la operación quirúrgica ➤ Pérdida de apetito ➤ Vómitos <p>3. Riesgo a alteración nutricional por defecto relacionado con ayunas prolongadas pre y /o post operatorias</p> <p>1. Disminución de la actividad física relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Debilidad generalizada ➤ Fatiga <p>2. Intolerancia a la actividad física relacionado con el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p>	<p>guía se encuentra dentro de la escala 0 a 660</p>
--	--	------------	--	---	--

		Comunicación	1. Dificultad para la interacción social relacionado con el proceso de hospitalización	Presente Ausente	
			2. Interacción social disminuida relacionado con aislamiento de sus amigos	Presente Ausente	
			3. Familiares con ansiedad relacionado con el progreso de la enfermedad	Presente Ausente	

ANEXO B

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SELECCIONADOS

1. Interacción social disminuida relacionado con aislamiento de sus amigos.
2. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio entre la ventilación y perfusión.
3. Riesgo de disminución de la perfusión tisular relacionado con bajo nivel de saturación de oxígeno.
4. Familiares con ansiedad relacionado con el progreso de la enfermedad.
5. Disminución del gasto cardiaco relacionado con el defecto estructural del corazón y/o incapacidad del corazón para bombear sangre.
6. Dificultad para la interacción social relacionado con el proceso de hospitalización
7. Riesgo a alteración nutricional por defecto relacionado con ayunas prolongadas pre y /o post operatorias.
8. Riesgo de desequilibrio hemodinámico relacionado con deterioro cardiaco
9. Deterioro de la perfusión cardiaca relacionado con disminución del flujo sanguíneo arterial.
10. Deterioro de la nutrición por defecto relacionado con disminución en la asimilación de nutrientes.
11. Alto riesgo de déficit de volumen hídrico relacionado con régimen de NPO antes y/o después de la operación quirúrgica, pérdida de apetito y/o vómitos.
12. Disminución de la actividad física relacionado con debilidad generalizada y/o fatiga.
13. Intolerancia a la actividad física relacionado con el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno.

ANEXO C
INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Buenos días mi nombre es Vanessa Asencios Ortiz, estudiante del cuarto año de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El presente instrumento tiene como objetivo determinar la efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería en pacientes con cardiopatías Se le agradece de antemano su participación.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de diagnósticos de enfermería distribuidos según las 14 necesidades planteadas por Virginia Henderson.

Usted seleccionara el diagnóstico enfermero más acorde al estado actual del paciente, y posteriormente procederá a anotarlo en los registros de enfermería.

**GUÍA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS**

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Respiración y circulación	<ul style="list-style-type: none"> 14. Riesgo de disminución de la perfusión tisular relacionado con bajo nivel de saturación de oxígeno 15. Disminución del gasto cardiaco relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El defecto estructural del corazón ➤ Incapacidad del corazón para bombear sangre 16. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio entre la ventilación y perfusión 17. Riesgo de desequilibrio hemodinámico relacionado con deterioro cardiaco 18. Deterioro de la perfusión cardiaca relacionado con disminución del flujo sanguíneo arterial.
Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de la nutrición por defecto relacionado con disminución en la asimilación de nutrientes. 2. Alto riesgo de déficit de volumen hídrico relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Régimen de NPO antes y/o después de la operación quirúrgica ➤ Pérdida de apetito ➤ Vómitos 3. Riesgo a alteración nutricional por defecto relacionado con ayunas prolongadas pre y /o post operatorias
Movimiento	<ul style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la actividad física relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Debilidad generalizada ➤ Fatiga 2. Intolerancia a la actividad física relacionado con el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno

Comunicación	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="715 421 1430 501">1. Dificultad para la interacción social relacionado con el proceso de hospitalización<li data-bbox="715 510 1430 591">2. Interacción social disminuida relacionado con aislamiento de sus amigos<li data-bbox="715 600 1430 680">3. Familiares con ansiedad relacionado con el progreso de la enfermedad.
---------------------	---

ANEXO D

ENCUESTA DE OPINIÓN

Presentación:

Buenos días mi nombre es Vanessa Asencios Ortiz, estudiante del cuarto año de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me encuentro realizando un estudio de investigación relacionado con la efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería de pacientes con cardiopatías. En tal sentido se ha elaborado la presente encuesta de opinión que tiene carácter anónimo y personal, para lo cual solicito a usted responder con la mayor veracidad posible, y de antemano se agradece por su colaboración.

Instrucción:

A continuación se presenta una serie de ítems con alternativas de respuestas.

Se recomienda leer cuidadosamente y en el recuadro correspondiente marcar con un aspa (X) solo la alternativa de acuerdo a su criterio.

En lo referente, a las proposiciones, tenga en cuenta la clave que se le presente antes de marcar las alternativas.

CLAVE	TA	=	Totalmente de acuerdo
	A	=	De acuerdo
	I	=	Indeciso
	D	=	En desacuerdo
	TD	=	totalmente en desacuerdo

Nº	PREPOSICIONES	TA	A	I	D	TD
1.	La guía de diagnósticos de enfermería es inadecuada para su uso en el servicio					
2.	El contenido de la guía de diagnósticos de enfermería es útil					
3.	La secuencia de guía de diagnósticos de enfermería es difícil de utilizar					
4.	El contenido de la guía de diagnósticos de enfermería es fácil de utilizar					
5.	La aplicabilidad de la guía de diagnósticos de enfermería es adecuada en el servicio					
6.	La guía de diagnósticos de enfermería es difícil de utilizar					
7.	La guía de diagnósticos de enfermería es fácil de entender					
8.	La secuencia de los guía de diagnósticos de enfermería son adecuados					
9.	La aplicabilidad de la guía de diagnósticos de enfermería es difícil en el servicio					

10.	El uso de la secuencia de la guía de diagnósticos de enfermería no es útil para el servicio					
11.	El contenido de la guía de diagnósticos de enfermería es adecuada					
12.	La aplicabilidad de guía de diagnósticos de enfermería es útil para el servicio					
13.	Los diagnósticos de enfermería sobre respiración y circulación son útiles					
14.	Los diagnósticos de enfermería sobre nutrición e hidratación son fáciles de entender					
15.	Los diagnósticos de enfermería sobre movimiento son inadecuadas para el servicio					
16.	Los diagnósticos de enfermería sobre nutrición e hidratación son fáciles de entender					
17.	Los diagnósticos de enfermería sobre comunicación no son útiles					

18.	Los diagnósticos de enfermería sobre respiración y circulación son adecuados para su uso en el servicio					
19.	Los diagnósticos de enfermería sobre nutrición e hidratación son difícil de entender					
20.	Los diagnósticos de enfermería sobre movimiento son útiles					
21.	Los diagnósticos de enfermería sobre comunicación son difíciles de entender					
22.	Los diagnósticos de enfermería sobre nutrición e hidratación son adecuados para su uso en el servicio					
23.	Los diagnósticos de enfermería sobre respiración y circulación son fáciles de entender					
24.	Los diagnósticos de enfermería sobre nutrición e hidratación son útiles en el servicio					
25.	Los diagnósticos de enfermería sobre comunicación no son adecuados para su uso en el servicio					

ANEXO E

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

SERVICIO: cirugía de TYCVC **FECHA:** **TURNO:**

Nº cama: Dx de enfermería:

Nº cama: Dx de enfermería:

Nº cama: Dx de enfermería:

Nº cama: Dx de enfermería:

Nº cama: Dx de enfermería:

Nº cama: Dx de enfermería:

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento para participar en la investigación acerca de “Cuál es la efectividad de una guía de diagnósticos de enfermería para el registro en pacientes con cardiopatías aplicado a las enfermeras del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño”, luego de haberseme informado acerca de los objetivos y el propósito de la investigación y del carácter confidencial del mismo.

Firma

ANEXO G

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	JUECES DE EXPERTOS								P<0.005
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VII	
1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.03516
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
3	1	1	1	0	1	1	1	1	0.03516
4	1	1	0	1	1	1	0	1	0.14453
5	1	1	1	1	1	1	0	1	0.03516
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
7	1	1	0	1	1	0	0	1	0.36328
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0.03516
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
10	1	1	0	1	1	1	1	1	0.03516
TOTAL									0.004

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable= 1 (si)

desfavorable= 0 (no)

ANEXO H
CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems

Alfa = 0.0765

ANEXO I

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRESENTES EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CT Y CVC DEL INSN LIMA – PERÚ 2014

DIAGNÓSTICOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS	FRECUENCIA	
	Nº	%
Presencia	987	91.39
Ausencia	93	8.61
Total	1080	100

ANEXO J

**FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN
DIMENSIONES DE LA GUÍA DE ESTUDIO REGISTRADOS
EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE CT Y CVC DEL INSN
LIMA – PERÚ
2014**

PRE GUIA		NOTAS DE ENFERMERIA	POST GUIA	
Nº	%		Nº	%
37	3.43	Respiración y Circulación	383	35.46
0	0	Nutrición e Hidratación	278	25.74
0	0	Movimiento	133	12.32
0	0	Comunicación	96	8.89
25	2.32	Otros	97	8.98
1018	94.25	Ausencia de diagnósticos	93	8.61
1080	100.0	TOTAL	1080	100.0

ANEXO K

**OPINIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA GUÍA DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APLICADA
EN EL SERVICIO DE CT Y CVC DEL INSN
LIMA – PERÚ
2014**

OPINIÓN	Nº	%
Totalmente de acuerdo	125	38.46
De acuerdo	163	50.15
Indeciso	36	11.08
En desacuerdo	1	0.31
Totalmente en desacuerdo	0	0.00
TOTAL	325	100

