



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

DISEÑO DE LA HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, 2024

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

L. E. O. NEIDY JUÁREZ OSNAYA

DIRECTOR

Dr. En C. S. RAFAEL ANTONIO ESTÉVEZ RAMOS

CO – DIRECTOR

Dr. En S. P. JULIO FLORES VILLEGAS

TUTOR

Dr. En C. S. IHOSVANY BASSET MACHADO

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO SEPTIEMBRE 2025



CUVCH



INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ESTADO DEL ARTE.....	12
Capítulo 1. Registros Clínicos de Enfermería	12
1.1 Elementos de los Registros de Enfermería	18
1.2 Expediente Clínico.....	24
Capítulo 2. Periodo Perioperatorio	26
2.1 Etapa Preoperatoria.....	39
2.2 Etapa Transoperatoria	41
2.3 Etapa Postoperatoria	46
2.4 Capacitación del Personal de Enfermería	49
2.5 Estandarización de los Registros Clínicos	50
Capítulo 3. Enfermería perioperatoria	51
3.1 La Evolución de la Enfermería Perioperatoria	51
3.2 El Rol de la Enfermería Perioperatoria en el Cuidado Integral del Paciente..	55
3.3 La Importancia de la Capacitación y el Desarrollo Profesional en Enfermería Perioperatoria.....	59
3.4 El Papel de los Registros Clínicos en la Seguridad del Paciente y la Mejora de la Calidad.....	60



Capítulo 4. Seguridad del Paciente	64
4.1 Introducción a la Seguridad del Paciente.....	64
4.2 La Seguridad del Paciente a Nivel Global	69
4.3 Definición y Principios de Seguridad del Paciente.....	73
4.4 La Implementación de Protocolos de Seguridad Durante el Período Perioperatorio	73
4.5 Educación y Capacitación en Seguridad del Paciente	77
4.6 La Documentación Como Herramienta de Seguridad	81
Capítulo 5. Innovación y Mejora Continua en los Registros Clínicos de Enfermería Perioperatoria.....	85
5.1 Integración de Tecnología en los Registros Clínicos.....	85
5.1.1 Digitalización y Sistemas de Registros Electrónicos.....	85
5.1.2 Uso de Inteligencia Artificial y Análisis de Datos	87
5.1.3 Tecnología Portátil y Dispositivos Médicos Conectados	88
5.2 Capacitación y Formación Continua del Personal de Enfermería	89
5.2.1 Educación en Competencias Digitales.....	89
5.2.2 Simulaciones y Entrenamiento en Entorno Perioperatorio.....	91
5.2.3 Impacto de la Formación Continua en la Calidad de la Documentación.	92
5.2.4 Programas de Formación Basados en Necesidades Institucionales.....	92
5.2.5 Retos en la Implementación de la Educación Continua	93



Capítulo 6. Técnicas de Validación de Instrumentos	96
6.1 Principales Técnicas de Validación	100
6.1.1 Validez de Contenido.....	100
6.1.2 Validez de Constructo.....	101
6.1.3 Validez de Criterio.....	102
6.1.4 Relevancia de Juicio de Expertos	104
6.1.5 Elección del Instrumento para el Trabajo de Obtención de Grado	107
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	109
IV. JUSTIFICACIÓN.....	112
V. OBJETIVOS	115
General.....	115
Específicos.....	115
VI. METODOLOGÍA.....	116
6.1 Tipo de Estudio.....	116
6.2 Universo.....	116
6.3 Muestra	116
6.4 Tipo de Muestreo.....	116
6.5 Criterios de Selección.....	116
6.5.1 Inclusión.....	116
6.5.2 Exclusión	116



6.5.3 Eliminación.....	116
6.6 Recolección de Datos.....	117
Consideraciones Éticas	117
Consentimiento Informado	118
Instrumento de Recolección.....	118
6.6.1 Diseño de la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería Perioperatoria	119
6.7 Procesamiento de Datos.....	123
6.8 Análisis y Presentación de Resultados.....	124
VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	125
Ronda 1	126
Periodo Preoperatorio Inmediato.....	127
Periodo Transoperatorio	132
Periodo Posoperatorio Inmediato.....	135
Ronda 2	138
Periodo Preoperatorio Inmediato.....	138
Periodo Transoperatorio	142
Periodo Posoperatorio Inmediato.....	144
Ronda 3	147
Alfa de Cronbach.....	148
Periodo Preoperatorio Inmediato.....	148



Periodo Transoperatorio	149
Periodo Posoperatorio Inmediato.....	150
VIII. DISCUSIÓN	151
Validación Progresiva del Instrumento: Resultados Cuantitativos y Cualitativos	151
Resultados de la Tercera Ronda: Consolidación Estadística	152
Discusión del Estado del Arte: Coherencia con Necesidades Clínicas	152
Triangulación con Argumentos Personales y Contexto Operativo.....	153
Contribuciones a la Seguridad del Paciente y la Gestión del Cuidado	154
Coherencia con los Objetivos de Investigación.....	155
Identificación de Necesidades de Información (Objetivo 1).	155
Diseño del Prototipo Preliminar (Objetivo 2).	155
Validación Teórica Mediante Juicio de Expertos (Objetivo 3).	156
Optimización y Consolidación del Diseño Final (Objetivo 4).....	156
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	158
X. BIBLIOGRAFÍA	162
XI. ANEXOS	169
Anexo A. Diseño de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria	169



I. INTRODUCCIÓN

La atención quirúrgica es uno de los pilares fundamentales en los servicios hospitalarios, y dentro de este contexto, la enfermería desempeña un papel clave en el cuidado integral del paciente antes, durante y después de una intervención. La adecuada documentación del proceso de atención es una obligación ética, profesional y legal que permite dar seguimiento a las intervenciones realizadas, garantizar la continuidad del cuidado y brindar evidencia ante auditorías clínicas o situaciones legales (NOM-004-SSA3-2012).

Los registros clínicos son herramientas esenciales en la práctica de enfermería, ya que permiten plasmar de forma ordenada y cronológica la información relativa al estado de salud del paciente, así como las intervenciones realizadas. Particularmente en el entorno perioperatorio, el uso de formatos específicos facilita el cumplimiento de protocolos, la detección temprana de riesgos y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud (Morales & Rodríguez, 2021).

En muchos hospitales de segundo nivel, los registros de enfermería utilizados durante el proceso perioperatorio presentan deficiencias en cuanto a su diseño, estructura o pertinencia clínica. Estas carencias se traducen en omisiones, duplicidad de información o registros incompletos que pueden afectar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Asimismo, la falta de estandarización y actualización en dichos formatos dificulta su integración con otros sistemas documentales o electrónicos (González & Hernández, 2022).

A pesar de los esfuerzos institucionales por mejorar la calidad en la atención quirúrgica, persiste la necesidad de contar con instrumentos validados que reflejen fielmente las actividades de enfermería en cada una de las etapas del proceso perioperatorio. La ausencia de una hoja estructurada, clara y pertinente genera vacíos en la trazabilidad del



cuidado y limita el reconocimiento del trabajo especializado del personal de enfermería quirúrgica.

El diseño de una hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria adecuada y validada representa una estrategia clave para fortalecer la calidad asistencial, mejorar la organización de los cuidados y garantizar el cumplimiento de las normativas vigentes. Este instrumento no solo optimiza el trabajo operativo del personal, sino que también actúa como respaldo legal ante cualquier situación que implique la revisión del expediente clínico.

Además, una hoja diseñada a partir de la participación de expertos y fundamentada en evidencia permite adaptar la documentación a las necesidades reales del contexto quirúrgico, evitando cargas administrativas innecesarias y enfocándose en los elementos críticos para la toma de decisiones clínicas. De esta manera, se promueve un ejercicio profesional más seguro, eficiente y visible (Landaeta, 2024).

Este estudio adquiere relevancia al proponer un modelo de hoja de registros clínicos que considera los tres periodos fundamentales del cuidado perioperatorio: preoperatorio inmediato, transoperatorio y posoperatorio inmediato, así como el balance hidroelectrolítico del paciente. La validación teórica mediante juicio de expertos proporciona una base sólida para su implementación y asegura que el instrumento responda tanto a los requerimientos clínicos como normativos.

En este sentido, el presente trabajo busca aportar una herramienta útil para el personal de enfermería quirúrgica, que facilite una atención más segura, trazable y de calidad. Asimismo, se alinea con los objetivos institucionales en materia de seguridad del paciente, calidad en la atención y mejora continua. La estandarización y optimización del registro



clínico permite, además, fortalecer el rol profesional de enfermería y reconocer su participación en los procesos quirúrgicos.

Finalmente, este diseño representa un paso importante hacia la profesionalización de la práctica enfermera, dotando al personal de un instrumento útil, validado y orientado a la excelencia clínica y documental.



II. ESTADO DEL ARTE

Capítulo 1. Registros Clínicos de Enfermería

Los registros clínicos de enfermería tienen raíces profundas en la historia de la medicina, con influencias que datan de la época de Hipócrates, quien introdujo el concepto de documentar el curso de una enfermedad, haciendo hincapié en la observación y el registro diario de los síntomas. Durante este período, cada registro incluía el nombre del paciente y una clasificación detallada de los síntomas, lo que permitía una referencia constante al estado de cada enfermo y un análisis comparativo entre casos similares (González, 2021). Con el tiempo, la documentación clínica se volvió más estructurada, especialmente en la Edad Media, cuando los Consilium permitían a los médicos novatos obtener guía de sus colegas más experimentados. Estos documentos reflejaban no solo los síntomas del paciente, sino también las sugerencias de tratamiento, lo que impulsó la estandarización en el tratamiento de enfermedades comunes y más desconocidas en la época.

El Renacimiento trajo consigo un cambio fundamental en el enfoque de los registros clínicos, ya que se eliminó la interpretación religiosa de los síntomas y se inició una recopilación de datos basada en la observación objetiva y científica. Esta transición dio lugar a registros mucho más detallados y precisos, llamados Observatio, que sirvieron de base para la moderna historia clínica, permitiendo un diagnóstico claro y recomendaciones terapéuticas específicas (González, 2021). La transformación de los registros clínicos en esta etapa sentó las bases para una metodología documentaria estructurada, orientada a la atención y el pronóstico del paciente, lo que fortaleció la práctica médica a través de una documentación más coherente y científica.



Los avances tecnológicos en los siglos XVII y XVIII marcaron un cambio adicional en la práctica de la documentación clínica. Durante este período, se establecieron métodos para realizar un diagnóstico a pie de cama, dividiendo el proceso en inspección, interrogatorio y exploración física. Estos nuevos enfoques permitieron una mayor precisión en la observación de los síntomas y la evolución de las enfermedades, enriqueciendo los registros clínicos con detalles sobre el estado físico y la progresión de la enfermedad. Estos avances impulsaron la creación de un marco de referencia que aún es relevante en los registros clínicos actuales, especialmente en enfermería, ya que permiten una revisión continua y detallada del estado del paciente (González, 2021).

La importancia de los registros clínicos de enfermería radica en su rol crucial dentro del proceso de atención, ya que facilitan el intercambio de información entre los profesionales de la salud y mejoran la calidad de la atención brindada a cada paciente. Según CODEM (2020), los registros no solo permiten una continuidad en el cuidado, sino que también promueven la eficacia en la planificación y aplicación de protocolos. Para que los registros sean efectivos, deben cumplir con ciertos criterios como objetividad, precisión y claridad, lo cual asegura que se incluyan todos los detalles importantes sobre el estado y las necesidades del paciente. Además, los registros precisos y bien estructurados ayudan a desarrollar protocolos de atención más adecuados y eficaces, lo que contribuye a la gestión eficiente de los recursos de salud y mejora la respuesta a las necesidades del paciente.

El valor legal de los registros clínicos de enfermería también es un aspecto relevante, ya que estos documentos constituyen una prueba objetiva de las intervenciones realizadas y las decisiones tomadas durante el cuidado del paciente. Los registros clínicos de enfermería, como parte integral de la historia clínica, permiten evidenciar las acciones del profesional y



asegurar que estas se alinean con los estándares y regulaciones establecidos en el ámbito de la salud. En un contexto legal, el registro clínico proporciona la evidencia necesaria para defender las prácticas de los profesionales de enfermería en situaciones de reclamos o demandas por responsabilidad sanitaria, siendo así un respaldo fundamental para los trabajadores de la salud (CODEM, 2020).

Con el tiempo, la demanda de registros clínicos detallados y precisos ha crecido debido al aumento en el número de reclamaciones judiciales en el sector de la salud. CODEM (2020) señala que estos documentos constituyen la principal defensa del personal sanitario frente a disputas legales, pues demuestran que las intervenciones se realizaron de acuerdo con los estándares profesionales y con un compromiso hacia la seguridad y bienestar del paciente. La importancia de esta documentación se extiende también a la investigación clínica, ya que un registro uniforme y preciso facilita el análisis de los datos, lo cual es crucial para evaluar y mejorar los procedimientos en el ámbito de la enfermería y otros sectores de la salud.

Los registros clínicos de enfermería han evolucionado desde los primeros escritos de Hipócrates hasta convertirse en un pilar esencial de la práctica de la enfermería moderna. Estos registros no solo cumplen una función documental que respalda el cuidado al paciente, sino que también constituyen una herramienta invaluable en la planificación de los cuidados y la mejora de la atención sanitaria. Además, su relevancia en el ámbito legal los convierte en un recurso indispensable para los profesionales de la salud, quienes confían en ellos como respaldo frente a demandas y reclamaciones. La evolución y mejora continua de los registros clínicos aseguran que sigan siendo un componente central en la calidad y seguridad de la atención al paciente en el sistema de salud actual.



La precisión y el lenguaje estandarizado en los registros clínicos de enfermería son fundamentales para una atención de calidad, ya que permiten una comunicación clara entre los profesionales de la salud y garantizan la continuidad del cuidado al paciente. Vicente et al. (2024) resaltan que la calidad de los registros clínicos se refleja en la adecuada documentación de los datos de valoración, diagnósticos, intervenciones y evaluaciones realizadas, los cuales constituyen una herramienta de comunicación clave entre el personal de salud. Este enfoque estandarizado se vuelve aún más crítico en áreas de alta vulnerabilidad, como la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde la precisión y claridad de los registros son esenciales para la seguridad del paciente y la mejora de su calidad de vida.

La importancia de un lenguaje técnico y estandarizado, sin abreviaturas y sin errores en los registros clínicos, está respaldada por normas como la NOM-004-SSA3-2012, que regula las anotaciones en los expedientes clínicos en México. Este marco normativo instruye a las instituciones de salud a cumplir con un registro uniforme que garantice la legibilidad y exactitud de los datos, lo cual contribuye a la fiabilidad de los registros como evidencia científica y legal en el contexto de la atención en salud (Vicente et al., 2024). En esta línea, CODEM (2020) también sostiene que la documentación precisa y estandarizada ayuda a mejorar la eficiencia y seguridad en el ámbito de la enfermería, facilitando una comunicación efectiva entre los integrantes del equipo de salud y promoviendo una mejor atención para el paciente.

De manera similar, González (2021) destaca que los registros clínicos, desde sus orígenes, han sido estructurados para ser una fuente objetiva de información clínica. Con el tiempo, el desarrollo de un lenguaje técnico estandarizado ha permitido la consolidación de



los registros clínicos como un componente central en el cuidado de los pacientes y un recurso valioso para la investigación y la planificación en salud. Esta precisión y uniformidad, como afirma González (2021), se ha vuelto un requisito clave para garantizar que la información documentada sea clara y accesible para todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de un paciente, lo cual permite una continuidad efectiva del cuidado y asegura que las decisiones clínicas se basen en datos fiables.

Por otro lado, los desafíos en la documentación de enfermería son múltiples y abarcan desde limitaciones en el tiempo hasta la complejidad de los cuidados que cada paciente requiere. Soza et al. (2020) observan que, aunque los registros de enfermería son fundamentales para la coordinación y la continuidad de los cuidados, la sobrecarga de trabajo y la cantidad de procedimientos y tratamientos complejos limitan la capacidad de las enfermeras para dedicar tiempo suficiente a la documentación detallada. Además, el estrés y la presión laboral dificultan que el personal de enfermería se enfoque en la calidad y precisión de los registros, lo que puede llevar a errores u omisiones que afectan la continuidad del cuidado y, por ende, la seguridad del paciente.

Además de la carga de trabajo, existen barreras tecnológicas y administrativas que dificultan la estandarización y precisión en los registros clínicos de enfermería. Vicente et al. (2024) subrayan la necesidad de un sistema de registro estandarizado que no solo facilite la documentación, sino que también garantice la calidad de los datos registrados a través de herramientas como el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II). Este sistema permite la evaluación y comparación de los registros clínicos entre diferentes unidades de salud en México, lo que contribuye a identificar áreas de mejora en la práctica de la enfermería. Sin embargo, su implementación efectiva requiere que el personal reciba



capacitación en el uso de estas herramientas y en el cumplimiento de los lineamientos normativos para asegurar que los registros se realicen de acuerdo con los estándares de calidad.

La falta de recursos tecnológicos adecuados es otro obstáculo significativo. Soza et al. (2020) indican que muchas enfermeras aspiran a un programa informático que automatice la documentación y registre todas sus actividades de manera estandarizada, lo cual no solo facilitaría la precisión de los registros, sino que también proporcionaría una evidencia tangible del trabajo realizado. Además, un sistema de este tipo permitiría a las enfermeras dedicar más tiempo a los cuidados directos, al reducir el tiempo invertido en tareas administrativas. CODEM (2020) respalda esta visión al afirmar que un buen registro clínico de enfermería es clave para la gestión eficiente de los recursos y la mejora de la atención sanitaria, destacando la necesidad de desarrollar soluciones tecnológicas que respalden la labor del personal de enfermería y mejoren la calidad de la documentación clínica.

La implementación de tecnología y la capacitación en su uso son esenciales para superar los desafíos en la documentación de enfermería. Vicente et al. (2024) enfatizan que, además de contar con herramientas tecnológicas, es crucial que las instituciones de salud proporcionen formación constante en la normativa y en el uso de estos sistemas para asegurar que el personal de enfermería documente de manera precisa y uniforme. Esta preparación contribuye a que los registros clínicos sean una fuente confiable y accesible para todos los profesionales de la salud, mejorando la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

En conclusión, la precisión y estandarización en los registros clínicos de enfermería son fundamentales para asegurar una atención continua y segura, al mismo tiempo que respaldan el cumplimiento de la normativa y la gestión eficiente de la atención en salud. Sin



embargo, los desafíos que enfrentan las enfermeras en términos de carga de trabajo, falta de recursos tecnológicos y necesidad de capacitación constante limitan la calidad de los registros y presentan una barrera para la implementación de un sistema de documentación estandarizado. Como sugieren González (2021), CODEM (2020) y otros autores, la mejora en la precisión y estandarización de los registros clínicos requiere no solo de políticas normativas claras, sino también de una inversión en infraestructura y educación que permita al personal de enfermería cumplir con los estándares de calidad en beneficio de los pacientes y del sistema de salud en su conjunto.

1.1 Elementos de los Registros de Enfermería

La historia clínica en el ámbito de la atención sanitaria resulta esencial para documentar de forma precisa y sistemática cada detalle relacionado con la salud de los pacientes. Al acudir a una consulta médica o realizarse una prueba diagnóstica, el paciente activa el uso de esta herramienta, la cual permite al personal de salud acceder a toda su información médica, sin importar si el médico actual fue quien inicialmente recopiló dichos datos (Igaleno, 2022). La sistematización de los registros clínicos a través de herramientas innovadoras, como las que proponen Torres-Gómez et al. (2023), facilita que los profesionales mantengan un registro uniforme de las actividades realizadas, lo que a su vez garantiza la seguridad del paciente y la calidad del cuidado enfermero.

La historia clínica posibilita que la atención médica se base en la historia y datos específicos del paciente, promoviendo la coherencia en la atención entre distintas áreas de la salud. La información detallada y cronológica en este registro facilita a los médicos y especialistas formular diagnósticos precisos y acertados, respaldados por los antecedentes y el estado actual del paciente. Además, permite identificar el tratamiento más adecuado en



cada caso, haciendo del historial una herramienta para seguir la evolución clínica y, por ende, evaluar el éxito de los tratamientos aplicados a lo largo del tiempo (Igaleno, 2022). La implementación de indicadores de calidad, como sugieren Torres-Gómez et al. (2023), resulta fundamental para auditar la efectividad de los registros clínicos, asegurando así que cada dato registrado responda a una gestión de calidad sistematizada y centrada en el bienestar del paciente.

El paso de los registros en papel a un formato digital en la historia clínica representa una tendencia creciente en el ámbito de la salud, especialmente por la facilidad y rapidez con que el personal autorizado puede acceder a esta información sin estar físicamente en el centro médico. Este cambio responde a la necesidad de un control de calidad cada vez más riguroso, ya que los registros clínicos, en su rol de documentos legales, reflejan las etapas del Proceso Enfermero y demuestran los cuidados realizados a lo largo de la atención (Torres-Gómez et al., 2023). La digitalización de los registros no solo mejora el flujo de trabajo entre los profesionales de la salud, sino que también garantiza una mayor confidencialidad de los datos, ya que el acceso está restringido a quienes requieren de la información para el manejo directo del paciente (Igaleno, 2022).

La historia clínica, independientemente del medio de almacenamiento, debe incluir una serie de datos mínimos esenciales, tales como identificación del paciente, anamnesis, y resultados de exploraciones físicas, proporcionando una visión detallada de los síntomas y antecedentes del paciente. Informes de urgencia, documentación de la evolución clínica y las órdenes médicas, junto con el registro de las intervenciones, son fundamentales para garantizar una continuidad en la atención. Adicionalmente, la hoja de interconsulta y el consentimiento informado completan el conjunto de datos que permite coordinar el trabajo



de diferentes especialistas y mantener informados a los pacientes (Igaleno, 2022). Según Torres-Gómez et al. (2023), integrar estos elementos a un sistema de control de indicadores ofrece una visión objetiva de los cuidados proporcionados, permitiendo identificar áreas de mejora y aplicar criterios actualizados de gestión que respondan a las demandas actuales de la salud pública.

Dentro de los elementos que comprenden los cuidados específicos en enfermería, el registro clínico debe incluir tanto la planificación como la evolución de estos cuidados después de una intervención. Las aplicaciones terapéuticas de enfermería documentan los tratamientos administrados por el personal, mientras que los gráficos de constantes del paciente permiten un monitoreo continuo de sus signos vitales. Esto facilita una intervención oportuna en situaciones críticas, un aspecto indispensable para los pacientes en estado crítico, como los neonatos en unidades de cuidados intensivos, en quienes un registro adecuado es esencial para la calidad y efectividad de los cuidados (Vicente et al., 2024). Al incluir indicadores específicos y tableros de control, las instituciones de salud pueden realizar auditorías periódicas de calidad en los registros, promoviendo mejoras continuas y contribuyendo a una atención de mayor calidad y seguridad para los pacientes (Torres-Gómez et al., 2023).

En ciertos ámbitos de especialización, como salud mental, pediatría, nutrición y fisioterapia, el historial clínico puede adaptarse según las necesidades de cada disciplina. En el caso de salud mental, el registro debe hacerse con especial énfasis en la confidencialidad, mientras que en áreas como pediatría y ginecología es necesario añadir parámetros específicos para evaluar el desarrollo físico y emocional de los pacientes (Igaleno, 2022). Asimismo, el uso de métricas e indicadores en estas áreas contribuye a la precisión y



personalización de los cuidados. Torres-Gómez et al. (2023) enfatizan que los registros clínicos, al integrar datos específicos de cada especialidad, fortalecen la evidencia y permiten implementar modelos de atención basados en la evaluación de resultados, garantizando así un proceso de mejora continua en la calidad de los cuidados.

En cuanto al almacenamiento y acceso a estos registros, la normativa vigente establece que los centros médicos son responsables de garantizar la seguridad y privacidad de los datos clínicos, manteniendo el control de acceso a las historias clínicas. Esta responsabilidad incluye la implementación de sistemas que restringen la consulta de la información solo al personal autorizado, y que limitan la manipulación y edición de los registros clínicos a quienes desempeñan funciones de administración y atención directa del paciente en el centro de salud (Igaleno, 2022). La mejora en la gestión de estos registros, como señalan Torres-Gómez et al. (2023), requiere herramientas digitales y tableros de control de indicadores, que permiten evaluar la calidad en tiempo real y fomentar la adopción de buenas prácticas en enfermería.

El uso de herramientas de gestión digital en la nube permite a los profesionales de la salud enfocarse en su labor asistencial, dejando en manos de la tecnología la gestión segura y confidencial de los registros clínicos. Esta digitalización no solo agiliza el acceso y edición de la información, sino que también asegura que los registros cumplan con los estándares y cambios normativos necesarios para brindar una atención de calidad en cada consulta y tratamiento. Según Torres-Gómez et al. (2023), la implementación de un modelo de indicadores y auditoría digital no solo garantiza la precisión y estandarización en los registros clínicos, sino que facilita el análisis constante de la calidad en la atención, siendo una



herramienta fundamental en la toma de decisiones y en la gestión administrativa de enfermería.

Para concluir los elementos esenciales de los registros de enfermería, los textos de Vázquez et al. (2022) y Ortiz y Verdejo (2024) destacan aspectos cruciales que garantizan la calidad y utilidad de estos documentos en la atención clínica. Según Vázquez et al. (2022), los registros deben cumplir con criterios de precisión, claridad y completitud, abarcando información detallada y cronológica que respalde las intervenciones de enfermería y la continuidad del cuidado. Cada registro debe documentarse en tiempo real para evitar omisiones y asegurar que todos los eventos clínicos, como la administración de medicamentos, se anoten de forma exacta y legible. Ortiz y Verdejo (2024) complementan esta perspectiva subrayando que la redacción debe ser sencilla, sin ambigüedades, para facilitar el entendimiento y evitar confusiones entre los profesionales que manejan la atención del paciente.

Otro aspecto clave que mencionan ambos autores es el carácter objetivo y confidencial de los registros. Vázquez et al. (2022) resaltan que la objetividad implica excluir juicios de valor o interpretaciones personales en la documentación clínica, empleando únicamente observaciones y datos obtenidos directamente del paciente. Asimismo, la confidencialidad en el manejo de la información es indispensable; los registros solo deben estar accesibles para el personal autorizado, protegiendo así la privacidad del paciente. Ortiz y Verdejo (2024) amplían esta visión al establecer que cualquier información registrada debe ser pertinente a la situación de salud actual del paciente, evitando anotar detalles irrelevantes que puedan dispersar la atención del lector.



Los registros de enfermería también funcionan como una herramienta jurídica y de gestión, proporcionando una prueba documentada de los cuidados administrados y permitiendo el análisis de la calidad asistencial en contextos legales. Vázquez et al. (2022) observan que los registros pueden servir para evaluar la efectividad del personal en la implementación del plan de cuidado, mientras que Ortiz y Verdejo (2024) señalan su papel en la supervisión de la continuidad del cuidado, permitiendo a los gestores de salud auditar y mejorar las prácticas a partir de los datos documentados.

Para mantener la utilidad y calidad de estos registros, los autores coinciden en la necesidad de adoptar formatos organizados y lógicos en la documentación. Ortiz y Verdejo (2024) indican que la estructura del registro debe ser coherente y ordenada, adaptándose a las normas específicas de cada institución. Este enfoque facilita la consulta rápida y el entendimiento de la información por parte de otros profesionales de salud, lo que es particularmente valioso en situaciones críticas o cambios de turno. Por su parte, Vázquez et al. (2022) recomiendan implementar formatos de registro que incluyan tanto los datos objetivos observados como las intervenciones realizadas, de modo que todos los aspectos del estado de salud y el plan de atención estén documentados de forma accesible y comprensible.

Finalmente, los autores resaltan la importancia de la actualización continua de los registros. Dado que la salud de los pacientes puede cambiar rápidamente, es esencial que el personal de enfermería documente cualquier novedad o cambio en la condición del paciente tan pronto como ocurra. Ortiz y Verdejo (2024) subrayan que las actividades como la administración de medicamentos, la preparación para pruebas diagnósticas, y los cambios en los signos vitales deben registrarse en el momento para mantener la precisión y relevancia de la información disponible. Vázquez et al. (2022) coinciden en que la documentación oportuna



es un factor crucial para garantizar la seguridad del paciente y el éxito en las intervenciones clínicas.

En conclusión, la documentación en los registros de enfermería debe cumplir con criterios rigurosos de precisión, confidencialidad, objetividad y organización. La integración de estos elementos, como se destaca en los textos revisados, contribuye a que los registros clínicos sean no solo una herramienta de comunicación efectiva, sino también un recurso valioso para la toma de decisiones y la mejora continua de los cuidados de salud.

1.2 Expediente Clínico

El expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, constituye un compendio detallado y organizado de la información personal y médica de cada paciente. Este registro debe incluir notas y observaciones realizadas en distintos formatos, que abarcan desde documentos escritos y gráficos hasta archivos electrónicos y otros medios, asegurando así una documentación completa y accesible para los profesionales de la salud. Su propósito principal es respaldar el cuidado médico, proporcionando una base de datos actualizada y precisa, fundamental para los diagnósticos, tratamientos y evaluaciones de cada paciente (Universidad Veracruzana, 2012).

Un aspecto clave de los registros de enfermería es la claridad en el lenguaje y la precisión en la información. Los registros deben estar exentos de errores, correcciones o tachaduras, manteniendo una escritura legible y empleando terminología técnica para asegurar su utilidad como referencia médica. En este sentido, la calidad de los registros se convierte en un pilar esencial no solo para la atención clínica, sino también como herramienta de comunicación entre los profesionales de la salud. Además, estos documentos cumplen una



función legal y administrativa, respaldando la calidad y la responsabilidad de los servicios médicos ofrecidos (CONAMED, 2022).

Para la elaboración de un expediente clínico adecuado, es importante incluir aspectos básicos que garanticen una atención integral. Entre estos, se encuentran el historial clínico del paciente, las notas de evolución y observación, así como la documentación de las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos. Cada registro debe contar con datos que permitan la identificación completa del paciente, como nombre, edad, sexo y domicilio, además de la información relevante sobre el estado de salud, tratamientos previos y actuales, y cualquier cambio significativo observado durante la atención (Universidad Veracruzana, 2012).

La NOM-004-SSA3-2012 también establece que los registros clínicos de enfermería deben mantener la confidencialidad de los datos del paciente. Esto implica que solo el personal autorizado puede acceder a esta información, y cualquier uso de los datos debe cumplir con normativas de privacidad. La seguridad de los datos en los registros es un aspecto primordial, especialmente en contextos digitales, donde el acceso no autorizado debe ser prevenido a través de sistemas de control y auditoría (CONAMED, 2022).

Por último, los registros de enfermería tienen una función multidimensional, ya que no solo documentan el proceso de atención al paciente, sino que también sirven para mejorar los protocolos y procedimientos en la práctica de enfermería. Además, el cumplimiento riguroso de estos registros, según lo estipulado en la normativa, contribuye a la creación de un historial médico detallado y preciso, que es esencial para la continuidad de la atención médica, el soporte en investigaciones y estudios estadísticos, y la enseñanza en el ámbito de la salud (Universidad Veracruzana, 2012; CONAMED, 2022).



Capítulo 2. Periodo Perioperatorio

Los procedimientos quirúrgicos se realizan en áreas específicas de las instituciones de salud, en lugares donde se disponen de instalaciones diseñadas específicamente para facilitar el aislamiento bacteriológico.

La NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada en el numeral 6. 6. 2 referente a la unidad quirúrgica nos menciona las condiciones, características, distribución y ubicación del área quirúrgica.

Antes de llevar a cabo cualquier cirugía, el proceso quirúrgico representa un camino por el que el paciente debe transitar. El área quirúrgica está formada por diferentes áreas físicas o unidades a través de las cuales el paciente avanza en su proceso quirúrgico. Este comprende actividades de apoyo y asistenciales destinadas al tratamiento mediante técnicas quirúrgicas, ya sea con o sin admisión previa del paciente. Además, la organización del acto quirúrgico en cirugía implica una serie de procesos meticulosos que se llevan a cabo para planificar y preparar una intervención quirúrgica de manera eficiente y segura. El análisis completo de los pacientes sometidos a cirugía sigue un método sistematizado que se utiliza de manera universal.

Al hablar de un periodo perioperatorio se hace referencia a una serie de fases que se llevan a cabo de manera consecutiva en el proceso quirúrgico, esquemáticamente se puede dividir en tres fases o etapas: el preoperatorio, el transoperatorio o intraoperatorio y el posoperatorio. El proceso comienza cuando se informa al paciente sobre la cirugía y este acepta el procedimiento a recibir y termina con el alta.



De ahí que, Castellón et al. (2021) señalan que el periodo perioperatorio se divide en tres fases, en donde la primera fase corresponde el preoperatorio o periodo previo a la intervención quirúrgica el cual comienza con la decisión de llevar a cabo la cirugía y concluye cuando el paciente es trasladado a la sala de operaciones; por lo tanto, al momento que el paciente es trasladado a la sala quirúrgica donde se llevará a cabo la intervención quirúrgica inicia la siguiente etapa, el intraoperatorio. Esta segunda etapa termina e inicia la tercera etapa que corresponde al posoperatorio cuando el paciente sale de la sala quirúrgica y es trasladado al área de unidad de recuperación post anestésica (URPA), unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de hospitalización u otra área hospitalaria.

El periodo perioperatorio, que incluye las etapas preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria, es un proceso crítico que requiere atención minuciosa y documentación precisa. En este contexto, el diseño de registros clínicos de enfermería específicos para este periodo adquiere una importancia fundamental, especialmente en hospitales de 2º nivel, donde los recursos y la infraestructura pueden ser limitados en comparación con instituciones de mayor complejidad (Mayo Clinic, 2024). La implementación de un registro clínico eficiente y adaptado a las necesidades del personal de enfermería asegura que la información clave sea capturada de manera clara, uniforme y accesible, promoviendo una atención más segura y organizada.

Mayo Clinic (2024) destaca la necesidad de que los profesionales en cuidados perioperatorios mantengan un enfoque multidisciplinario y basado en datos para garantizar resultados óptimos. Este enfoque puede traducirse en la creación de un diseño de registros clínicos que incorpore herramientas para monitorear parámetros esenciales como constantes vitales, administración de medicamentos, evaluaciones del dolor y evolución del paciente.



Documentar estas métricas no solo mejora la comunicación entre equipos médicos, sino que también permite evaluar la calidad de las intervenciones realizadas durante el proceso quirúrgico.

Una hoja de registros clínicos bien diseñada debe ser intuitiva y estandarizada, permitiendo que el personal de enfermería documente con rapidez y precisión los datos relacionados con la atención perioperatoria. Mayo Clinic (2024) enfatiza que la eficiencia en la documentación puede reducir errores y optimizar el tiempo del personal, un factor crucial en hospitales de 2º nivel donde las cargas de trabajo suelen ser elevadas. Incorporar formatos predefinidos con indicadores relevantes puede facilitar que las enfermeras identifiquen patrones o cambios significativos en el estado del paciente, contribuyendo a la prevención de complicaciones (Mayo Clinic, 2024).

Además, la educación continua, como la promovida por Mayo Clinic, juega un papel esencial en el diseño e implementación de estos registros clínicos. Capacitar al personal de enfermería en el uso correcto de la hoja de registros perioperatorios asegura que todos los miembros del equipo comprendan la importancia de una documentación precisa y uniforme. Esto no solo mejora la atención directa al paciente, sino que también fortalece el cumplimiento de normativas legales y facilita auditorías de calidad en los servicios de salud (Mayo Clinic, 2024).

EL enfoque de Mayo Clinic en la calidad y seguridad del periodo perioperatorio refuerza la importancia de diseñar hojas de registros clínicos que sean prácticas, estandarizadas y centradas en el paciente. Estos registros no solo son una herramienta clave para la continuidad del cuidado, sino que también contribuyen al desarrollo de protocolos más sólidos y a una mejor gestión de recursos en hospitales de 2º nivel (Mayo Clinic, 2024).



El periodo perioperatorio es crucial para garantizar resultados exitosos en intervenciones quirúrgicas, especialmente en pacientes con condiciones crónicas como la diabetes. Según la American Diabetes Association (2025), el manejo adecuado de este periodo no solo mitiga riesgos, sino que también optimiza los resultados a través de un monitoreo constante y una planificación personalizada. Este enfoque permite ajustar los niveles de glucosa en sangre, administrar insulina de manera eficiente y prevenir complicaciones asociadas con el estrés metabólico que genera la cirugía. Este principio coincide con las guías de calidad expuestas por Mayo Clinic (2024), donde se resalta la importancia de una documentación clara y precisa en cada etapa del proceso quirúrgico para mejorar la seguridad del paciente y facilitar la toma de decisiones informadas.

La ADA (2025) subraya que, en pacientes con diabetes, el periodo perioperatorio implica una evaluación integral que incluye no solo los niveles de glucosa, sino también factores de riesgo cardiovascular, estado nutricional y función renal. Para capturar y monitorear esta compleja interacción de variables, es esencial contar con un sistema de registro clínico específico que integre estos datos de manera coherente y accesible. Como se menciona en Mayo Clinic (2024), un diseño eficiente de hojas de registros clínicos permitiría al personal de enfermería documentar indicadores clave como la administración de insulina, el manejo de líquidos intravenosos y los resultados de pruebas de laboratorio en tiempo real, lo que es fundamental para anticipar y manejar posibles complicaciones.

Ambas organizaciones coinciden en que la estandarización de los protocolos en el periodo perioperatorio es clave para reducir errores médicos y mejorar la calidad del cuidado. La ADA (2025) destaca que la implementación de guías basadas en evidencia permite al equipo médico actuar de manera coordinada y consistente ante situaciones de riesgo, mientras



que Mayo Clinic (2024) refuerza esta idea al enfatizar que un registro clínico diseñado específicamente para el entorno quirúrgico debe ser claro, intuitivo y adaptable a diferentes escenarios clínicos. La convergencia de estas perspectivas destaca la necesidad de que los registros incluyan no solo datos clínicos objetivos, sino también herramientas de evaluación que guíen las intervenciones del personal de enfermería y médico.

Por otro lado, la ADA (2025) pone énfasis en la importancia de la educación y la comunicación interdisciplinaria en el periodo perioperatorio. Los equipos quirúrgicos, de anestesia y de enfermería deben trabajar en conjunto para garantizar que cada miembro esté al tanto de las particularidades del paciente y de los ajustes necesarios en el manejo perioperatorio. Este enfoque educativo y colaborativo se alinea con lo propuesto por Mayo Clinic (2024), que destaca la importancia de capacitar al personal de enfermería en el uso adecuado de las hojas de registro, asegurando que la documentación refleje de manera fidedigna cada intervención realizada.

Tanto la ADA (2025) como Mayo Clinic (2024) enfatizan que el periodo perioperatorio debe abordarse con un enfoque multidisciplinario, basado en protocolos estandarizados y sustentado en una documentación clínica de alta calidad. Este enfoque no solo mejora los resultados quirúrgicos inmediatos, sino que también fortalece la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema de salud. Implementar hojas de registros clínicos que capturen de manera efectiva los datos relevantes y promuevan la comunicación entre los equipos de salud es un paso esencial para garantizar un manejo óptimo durante este periodo crítico.

Unificar el lenguaje y los formatos en los registros clínicos perioperatorios es una medida clave para mejorar la comunicación entre los equipos de salud, reducir errores y



garantizar una atención centrada en el paciente. Según Ohio State Health & Discovery (2023), la variabilidad en cómo se documentan los datos clínicos puede generar inconsistencias que dificultan la interpretación y la continuidad del cuidado. Establecer un lenguaje técnico uniforme y formatos estandarizados no solo facilita la comprensión de la información, sino que también optimiza los procesos de evaluación clínica y toma de decisiones, algo que también es enfatizado por la American Diabetes Association (2025) al destacar la importancia de registros claros y coherentes en el manejo perioperatorio de pacientes con condiciones crónicas.

La falta de estandarización en los registros clínicos puede dar lugar a errores en la comunicación que impacten negativamente la seguridad del paciente. Por ejemplo, el uso de abreviaturas no reconocidas o términos ambiguos puede provocar confusiones en la administración de medicamentos o en las intervenciones quirúrgicas. Ohio State Health & Discovery (2023) subraya que la adopción de plantillas uniformes y un sistema estructurado de clasificación de datos reduce significativamente estas fallas y promueve una documentación más confiable. Este enfoque se alinea con las recomendaciones de Mayo Clinic (2024), que aboga por registros clínicos diseñados para ser intuitivos y adaptables, facilitando su uso en diferentes contextos clínicos.

Además, la unificación del lenguaje y los formatos contribuye a la interoperabilidad de los sistemas de salud, permitiendo que los datos clínicos sean transferidos de manera eficiente entre hospitales, especialistas y otros niveles de atención. Ohio State Health & Discovery (2023) destaca que esta capacidad de integración es esencial en entornos donde los pacientes pueden ser atendidos por múltiples equipos interdisciplinarios, como ocurre en el periodo perioperatorio. En este sentido, los registros que utilizan terminología y estructuras



uniformes permiten que la información fluya de manera efectiva, algo que también es mencionado por la ADA (2025) al abordar la necesidad de coordinación en la atención quirúrgica de pacientes con diabetes.

Otro beneficio significativo de un lenguaje estandarizado es su impacto en la capacitación del personal de enfermería y médico. Como menciona Ohio State Health & Discovery (2023), cuando los profesionales están familiarizados con formatos predefinidos y un lenguaje técnico homogéneo, se mejora la velocidad y precisión con la que completan los registros. Esto no solo incrementa la eficiencia en hospitales de 2º nivel, sino que también minimiza la carga administrativa, un factor crítico para mantener la calidad del cuidado en escenarios de alta demanda. Este punto también fue resaltado por Mayo Clinic (2024) al enfatizar la importancia de educar al personal sobre el uso adecuado de los registros perioperatorios para garantizar su efectividad.

Por último, la estandarización fomenta la evaluación de la calidad en el sistema de salud. Ohio State Health & Discovery (2023) señala que los registros uniformes permiten realizar auditorías más precisas, identificando patrones o áreas de mejora en los cuidados perioperatorios. De manera similar, ADA (2025) resalta que este tipo de herramientas también es crucial para medir la efectividad de las intervenciones quirúrgicas y los resultados clínicos, especialmente en poblaciones vulnerables como pacientes con enfermedades crónicas.

Unificar el lenguaje y los formatos en los registros perioperatorios es esencial para mejorar la comunicación, reducir errores y garantizar la continuidad del cuidado. Las perspectivas de Ohio State Health & Discovery (2023), Mayo Clinic (2024) y ADA (2025) coinciden en que esta estrategia no solo mejora la eficiencia clínica, sino que también



fortalece la seguridad del paciente y la calidad general de los servicios de salud. La implementación de este enfoque en hospitales de 2º nivel es una oportunidad para desarrollar sistemas de documentación más efectivos y adaptados a las necesidades actuales del entorno clínico.

La calidad de la documentación en el periodo perioperatorio depende significativamente de la preparación y formación continua del personal de enfermería y de los equipos interdisciplinarios. Según el enfoque del Hospital for Special Surgery (2024), la capacitación no debe limitarse a la enseñanza inicial, sino que debe ser un proceso constante que permita a los profesionales actualizar sus conocimientos sobre protocolos y mejores prácticas en registros clínicos. Esta idea se alinea con las perspectivas de Ohio State Health & Discovery (2023), que enfatizan la necesidad de un lenguaje estandarizado en los registros, el cual solo puede ser implementado de manera efectiva si el personal recibe formación adecuada en el uso de este lenguaje técnico unificado.

El HSS (2024) destaca que las estrategias de educación continua son esenciales para garantizar que los equipos interdisciplinarios comprendan la importancia de una documentación clara y precisa en cada etapa del periodo perioperatorio. Esto incluye la implementación de talleres prácticos, cursos de actualización y simulaciones que recrean escenarios reales de atención quirúrgica. Estas estrategias no solo mejoran las habilidades técnicas, sino que también promueven la integración de los equipos, lo cual es crucial para mantener una comunicación efectiva durante el manejo del paciente. De manera similar, ADA (2025) resalta la importancia de la coordinación entre los equipos quirúrgicos y de enfermería para garantizar que los registros reflejen de manera coherente las intervenciones realizadas, un objetivo que se ve fortalecido por la educación conjunta.



Las simulaciones prácticas constituyen una herramienta valiosa para reforzar el conocimiento y la aplicación de protocolos específicos en registros clínicos perioperatorios. Según el HSS (2024), estas actividades permiten a los equipos de salud practicar la documentación de situaciones complejas, como la administración de medicamentos críticos o el manejo de complicaciones intraoperatorias. Este enfoque no solo mejora la precisión de los registros, sino que también ayuda a identificar y corregir errores comunes en un entorno controlado. La Mayo Clinic (2024) comparte esta visión al enfatizar que los registros bien diseñados y utilizados de manera consistente en escenarios simulados contribuyen a la preparación del personal para situaciones clínicas reales.

La capacitación también debe abordar aspectos éticos y legales asociados a los registros clínicos. El HSS (2024) subraya que los profesionales de la salud deben comprender las implicaciones legales de una documentación deficiente, que puede afectar tanto la seguridad del paciente como la responsabilidad profesional. Este punto es reiterado por Ohio State Health & Discovery (2023), que menciona que un sistema de documentación estandarizado reduce los riesgos legales al garantizar que todos los registros sean claros, completos y accesibles para auditorías. La ADA (2025) complementa esta perspectiva al destacar que la capacitación interdisciplinaria fomenta una cultura de responsabilidad compartida, donde cada miembro del equipo entiende su papel en la creación de un expediente clínico confiable.

La capacitación constante del personal de enfermería y los equipos interdisciplinarios en el manejo del periodo perioperatorio es una inversión estratégica que mejora significativamente la calidad de la documentación clínica. Las perspectivas del Hospital for Special Surgery (2024), junto con las ideas de Ohio State Health & Discovery (2023),



American Diabetes Association (2025) y Mayo Clinic (2024), convergen en la importancia de adoptar enfoques educativos que incluyan simulaciones prácticas, formación ética y legal, y una integración efectiva de los equipos. Estas iniciativas no solo fortalecen la precisión y consistencia de los registros clínicos, sino que también contribuyen al desarrollo de protocolos más robustos y a una atención más segura y eficiente para los pacientes quirúrgicos.

El periodo perioperatorio es un concepto clave en el campo de la salud, que abarca las etapas antes, durante y después de una cirugía. Este periodo es crítico para la recuperación del paciente y la prevención de complicaciones. Según UCSF Pain Management Education (2022), la gestión efectiva del dolor en este periodo es fundamental para una recuperación exitosa y para la reducción de efectos adversos a largo plazo. La necesidad de un enfoque integral durante este periodo implica no solo el control del dolor, sino también una atención exhaustiva, que abarca la evaluación continua de las condiciones del paciente, el manejo de medicamentos y la documentación precisa en los registros clínicos, un aspecto que debe ser optimizado para garantizar una atención de calidad. Este enfoque multidisciplinario es crucial, ya que involucra a varios equipos médicos, incluyendo cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud, que deben coordinarse para asegurar que cada etapa del cuidado se realice correctamente y de manera segura (UCSF, 2022).

Uno de los componentes más críticos de este proceso es la documentación adecuada en los registros clínicos. La capacidad de registrar de manera precisa, clara y estandarizada las intervenciones realizadas durante el periodo perioperatorio es fundamental para garantizar una atención continua y segura. La American Diabetes Association (2025) subraya que el manejo perioperatorio de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes requiere no



solo de un monitoreo intensivo, sino también de una documentación precisa que permita ajustar las intervenciones y anticipar complicaciones potenciales, como fluctuaciones en los niveles de glucosa. La calidad de los registros clínicos influye directamente en la capacidad del equipo médico para tomar decisiones rápidas y adecuadas durante la cirugía y en el postoperatorio, lo que resalta la necesidad de contar con una hoja de registros clínicos de enfermería que sea clara, fácil de usar y adaptada a las necesidades de cada institución de salud, especialmente en hospitales de 2º nivel, donde los recursos suelen ser limitados.

La estandarización del lenguaje y los formatos en los registros clínicos también juega un papel fundamental en el periodo perioperatorio. El Ohio State Health & Discovery (2023) destaca que la unificación del lenguaje y los formatos reduce significativamente el margen de error en la interpretación de los registros. Esta estandarización es particularmente importante en entornos donde los equipos médicos pueden estar en turnos rotativos o en hospitales con personal multidisciplinario, como sucede en los hospitales de 2º nivel. La falta de consistencia en la documentación puede llevar a malentendidos, que a su vez pueden provocar errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas o el seguimiento postoperatorio. Mayo Clinic (2024) también refuerza esta idea al enfatizar que la implementación de formatos predefinidos y el uso de terminología médica clara y consistente facilita la comunicación entre los diferentes equipos de salud y mejora la eficiencia del cuidado del paciente.

En este sentido, el diseño de hojas de registros clínicos perioperatorios se convierte en una herramienta esencial para garantizar la precisión en la documentación y la seguridad del paciente. La creación de un diseño estandarizado que capture datos importantes como los signos vitales, las intervenciones realizadas, el estado de salud previo y posterior a la cirugía,



y cualquier medicación administrada, ayuda a asegurar que toda la información relevante esté disponible para el equipo médico en todo momento. Según Mayo Clinic (2024), un sistema de registros adecuado no solo mejora la comunicación y reduce la probabilidad de errores, sino que también facilita el monitoreo continuo del paciente, lo que es crucial para detectar posibles complicaciones a tiempo.

El entrenamiento y la educación continua del personal de enfermería y los equipos interdisciplinarios también juegan un papel fundamental en la calidad de la documentación y en el manejo efectivo del periodo perioperatorio. El Hospital for Special Surgery (2024) subraya que la capacitación constante de los profesionales de salud es esencial para mantener altos estándares de cuidado y asegurar que todos los protocolos y procedimientos se apliquen de manera correcta. Esta educación continua debe incluir no solo el dominio de los protocolos clínicos, sino también un entrenamiento en el uso adecuado de los sistemas de registro electrónico y en el manejo adecuado del lenguaje estandarizado en la documentación. Ohio State Health & Discovery (2023) agrega que la formación constante en el uso de sistemas de registros estandarizados es crucial para optimizar la eficiencia del personal y reducir los errores humanos.

De acuerdo con lo señalado por UCSF Pain Management Education (2022), las simulaciones prácticas también son un componente clave en la formación del personal. A través de simulaciones de escenarios quirúrgicos y perioperatorios, los equipos de salud pueden practicar la documentación en tiempo real, lo que les permite familiarizarse con las herramientas tecnológicas y los protocolos específicos. Este tipo de formación práctica, que también es promovida por Mayo Clinic (2024), permite a los profesionales enfrentar



situaciones complejas en un entorno controlado y mejorar su capacidad de respuesta durante intervenciones quirúrgicas reales.

La integración de la capacitación continua con la estandarización de los registros clínicos no solo mejora la calidad de la documentación, sino que también optimiza la coordinación entre los equipos médicos. La colaboración entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y otros profesionales se ve reforzada cuando todos comparten un entendimiento común sobre cómo documentar y seguir los cuidados perioperatorios. ADA (2025) pone de relieve que una comunicación clara y unificada es esencial para prevenir complicaciones en el manejo de pacientes con diabetes durante el periodo perioperatorio. Además, esta colaboración interdisciplinaria también es clave para la mejora continua del sistema de salud, ya que facilita la evaluación de la eficacia de los protocolos y el ajuste de las intervenciones a medida que evolucionan las necesidades del paciente.

De manera general se puede decir que creación de una hoja de registros clínicos de enfermería efectiva y estandarizada es crucial para el manejo adecuado del periodo perioperatorio. La formación continua del personal de salud, la implementación de sistemas de documentación estandarizados y la práctica de simulaciones son estrategias que contribuyen a mejorar la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y la eficiencia en el proceso quirúrgico. Las perspectivas de UCSF Pain Management Education (2022), Hospital for Special Surgery (2024), Ohio State Health & Discovery (2023), ADA (2025) y Mayo Clinic (2024) refuerzan la idea de que una documentación precisa, estandarizada y bien entrenada en su uso es fundamental para garantizar resultados óptimos durante todo el proceso perioperatorio. Esto no solo mejora la atención quirúrgica, sino que también contribuye a la optimización de los recursos y la seguridad del paciente, especialmente en



hospitales de 2º nivel, donde los desafíos en términos de recursos y personal son más evidentes.

2.1 Etapa Preoperatoria

La etapa preoperatoria es crucial para preparar al paciente para la cirugía, no solo desde un punto de vista físico, sino también psicológico. Esta etapa incluye una evaluación clínica completa, pruebas de laboratorio y estudios de imágenes, que permiten identificar cualquier condición médica que podría influir en el éxito de la cirugía (Johns Hopkins Pathology, 2024). El registro de estos datos es vital, ya que proporciona una línea base del estado de salud del paciente antes de la cirugía, permitiendo al equipo médico planificar adecuadamente las intervenciones perioperatorias. Según Mayo Clinic (2024), una correcta documentación en esta etapa facilita la toma de decisiones informadas y permite que los profesionales de salud puedan monitorear las condiciones del paciente en tiempo real, asegurando que el tratamiento sea adecuado para su situación.

En el caso de pacientes oncológicos, como se menciona en Johns Hopkins Pathology (2024), la planificación perioperatoria debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Este tipo de cirugía puede implicar una serie de desafíos adicionales, como el manejo de comorbilidades y la optimización de la función inmunológica, lo que subraya la importancia de documentar minuciosamente cada detalle del estado de salud del paciente. Los registros deben reflejar tanto los antecedentes médicos como cualquier tratamiento previo, como la quimioterapia, que pueda afectar la respuesta quirúrgica del paciente.

En la etapa preoperatoria, el diseño de la hoja de registros clínicos desempeña un papel esencial al garantizar que toda la información relevante del paciente sea documentada de manera estructurada, clara y accesible. Este aspecto se alinea con el objetivo principal de



la tesis, que busca mejorar la calidad de la documentación clínica en hospitales de segundo nivel. Según Mayo Clinic (2024), una correcta documentación en esta fase no solo incluye los antecedentes médicos y las evaluaciones prequirúrgicas, sino también datos clave como alergias, resultados de pruebas diagnósticas y consideraciones especiales para la cirugía. Este registro sistemático proporciona una base sólida para la toma de decisiones informadas, facilitando una atención más segura y personalizada durante las fases subsecuentes del periodo perioperatorio.

La hoja de registros clínicos diseñada para esta etapa tiene como objetivo estandarizar el proceso de recopilación de información, minimizando la variabilidad en los datos documentados. Ohio State Health & Discovery (2023) subraya que la uniformidad en los registros mejora significativamente la comunicación entre los equipos médicos, ya que elimina interpretaciones ambiguas y asegura que todos los profesionales involucrados dispongan de información precisa y consistente. Esto es especialmente crucial en la etapa preoperatoria, donde la planificación quirúrgica depende de detalles específicos sobre el estado de salud del paciente, como el control de comorbilidades o el manejo de condiciones críticas que puedan complicar la intervención. Una documentación completa y estandarizada reduce la probabilidad de errores médicos y aumenta la eficacia del equipo multidisciplinario en el quirófano.

Además, el diseño de la hoja de registros clínicos preoperatorios se relaciona directamente con la mejora de los procesos asistenciales en hospitales de segundo nivel, como se enfatiza en la tesis. Estas instituciones suelen enfrentar limitaciones en recursos y personal, lo que hace aún más relevante la implementación de herramientas que optimicen la gestión del tiempo y la calidad del cuidado. Según lo señalado por Mayo Clinic (2024), una



hoja de registros clínicos bien estructurada no solo facilita la recolección de información, sino que también actúa como una herramienta educativa para el personal de enfermería, permitiendo una rápida adaptación a los protocolos establecidos y promoviendo la uniformidad en la atención.

El diseño de estas hojas de registros también está alineado con la necesidad de cumplir con normativas legales y éticas en la práctica clínica. En este sentido, la estandarización y precisión en la documentación no solo garantizan la continuidad del cuidado, sino que también actúan como una evidencia tangible de que los procedimientos se realizaron conforme a las mejores prácticas. Ohio State Health & Discovery (2023) destaca que un registro clínico bien diseñado no solo respalda la seguridad del paciente, sino que también facilita auditorías internas y externas que contribuyen a la mejora continua de los servicios de salud.

En conclusión, la etapa preoperatoria y el diseño de la hoja de registros clínicos están intrínsecamente relacionados, ya que la calidad de la documentación en esta fase influye directamente en el éxito de las etapas posteriores y en la seguridad del paciente. Este diseño no solo mejora la organización y precisión de los datos, sino que también fortalece la comunicación interdisciplinaria y asegura que los hospitales de segundo nivel puedan proporcionar una atención de calidad, a pesar de las limitaciones de recursos. Por lo tanto, integrar una hoja de registros clínicos bien diseñada no es solo una solución técnica, sino un componente estratégico para avanzar en la calidad del cuidado en el entorno perioperatorio.

2.2 Etapa Transoperatoria

La etapa transoperatoria es un componente esencial dentro del periodo perioperatorio, el cual abarca el tiempo que transcurre desde que el paciente comienza la inducción de la



anestesia hasta que es trasladado de la sala de operaciones a la unidad postquirúrgica para su recuperación (Gomes, 2024). Durante este tiempo, se lleva a cabo la intervención quirúrgica propiamente dicha, siendo una fase de extrema importancia debido a la delicadeza y precisión requeridas en cada uno de los procedimientos realizados. A continuación, se detallarán los aspectos clave que caracterizan a esta etapa dentro del contexto de la cirugía.

En primer lugar, la etapa transoperatoria implica la intervención directa y el monitoreo constante del paciente, que debe ser realizado por un equipo altamente capacitado. El personal de enfermería, incluido el personal auxiliar, juega un papel fundamental en la asistencia al equipo quirúrgico, asegurando que todos los aspectos del procedimiento se desarrollen sin contratiempos (DAE Formación, 2021). El personal encargado de la cirugía debe garantizar la esterilidad del área y el manejo adecuado del instrumental, lo cual es crucial para evitar infecciones y complicaciones postquirúrgicas (Walcott, 2024). El equipo quirúrgico debe trabajar de manera coordinada y eficiente para asegurar que la operación se realice con éxito.

Además, uno de los aspectos más importantes de la etapa transoperatoria es el cuidado del paciente en todo momento. Esto incluye la monitorización constante de las condiciones del paciente, como su frecuencia cardíaca, presión arterial, niveles de oxígeno y otros parámetros vitales, que deben ser controlados por el personal médico para detectar cualquier alteración que pueda poner en riesgo la salud del paciente (Walcott, 2024). La atención a estos detalles es crucial, ya que el éxito de la cirugía no solo depende de la habilidad del cirujano, sino también de la capacidad del equipo de enfermería para mantener la estabilidad del paciente durante el procedimiento.



Otro aspecto relevante es la gestión de la ansiedad del paciente. La intervención quirúrgica genera un alto nivel de estrés y ansiedad en muchas personas, por lo que es fundamental brindar apoyo psicológico antes y durante la cirugía. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de informar al paciente sobre el plan de cuidados, lo que le permite sentirse más seguro y menos ansioso. Asimismo, la familia del paciente debe estar informada sobre el tiempo estimado de la intervención y el lugar donde deben esperar durante el procedimiento (DAE Formación, 2021). Este enfoque no solo contribuye al bienestar emocional del paciente, sino que también ayuda a mejorar los resultados generales de la cirugía.

Una vez que la anestesia ha sido administrada y el paciente ha quedado bajo sus efectos, el equipo quirúrgico comienza con la intervención. Durante la cirugía, cada detalle es supervisado de cerca para garantizar que no se presenten complicaciones. El personal de enfermería debe asegurar que el ambiente quirúrgico mantenga su esterilidad durante todo el proceso, ya que cualquier violación de las normas de asepsia puede resultar en infecciones graves (Walcott, 2024). La preparación adecuada y el cuidado de todos los instrumentos y materiales quirúrgicos son fundamentales para el éxito del procedimiento.

El final de la etapa transoperatoria se marca cuando el paciente es trasladado de la sala de operaciones a la unidad postquirúrgica. Durante este traslado, el personal de enfermería debe continuar monitoreando los signos vitales del paciente, asegurándose de que no haya complicaciones inmediatas derivadas de la anestesia o del procedimiento quirúrgico realizado (DAE Formación, 2021). El seguimiento continuo de los cuidados es esencial para garantizar que el paciente recupere de manera segura y sin complicaciones.



La etapa transoperatoria es crucial en el éxito de cualquier intervención quirúrgica. Esta fase abarca desde la inducción de la anestesia hasta el traslado del paciente a la unidad postquirúrgica, y durante este tiempo, el equipo médico y de enfermería debe trabajar de manera coordinada para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente. La atención constante, la monitorización de los signos vitales y el manejo adecuado del entorno quirúrgico son fundamentales para prevenir complicaciones y garantizar un resultado positivo en la cirugía (Gomes, 2024).

El periodo transoperatorio está intrínsecamente relacionado con la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria, ya que la documentación precisa y detallada durante esta fase es esencial para garantizar la seguridad del paciente y el buen desarrollo de la intervención quirúrgica. La hoja de registros clínicos sirve como una herramienta fundamental para documentar todos los aspectos relevantes del cuidado del paciente durante el transcurso de la cirugía, y esta información será utilizada para evaluar y optimizar el proceso quirúrgico, además de ser clave para el seguimiento postoperatorio.

Según Guerrero (2022), dentro del periodo transoperatorio, uno de los roles más importantes del personal de enfermería es el manejo del instrumental quirúrgico, lo cual requiere conocimientos profundos sobre el material necesario, las técnicas de esterilización, y las normas de asepsia. La hoja de registros clínicos debe reflejar cada uno de estos procedimientos, ya que la correcta documentación del manejo del instrumental y el cumplimiento de las normas de asepsia son cruciales para prevenir infecciones y complicaciones postquirúrgicas. Esta información debe quedar registrada de manera precisa, incluyendo los tiempos de utilización del instrumental, el estado de esterilización y cualquier evento relacionado con el mismo.



Además, el profesional enfermero de quirófano es un componente vital del equipo quirúrgico, como indica Guerrero (2022), y su papel en el transoperatorio incluye la capacidad de adelantarse a las necesidades de la cirugía y afrontar situaciones críticas. Esto se traduce en una serie de acciones que deben ser documentadas en la hoja de registros clínicos, como la posición del paciente, el control de los parámetros vitales durante la cirugía, las intervenciones realizadas por el personal de enfermería y cualquier situación que se haya presentado. Esta información es vital para una evaluación postquirúrgica efectiva y para la toma de decisiones durante la cirugía.

La hoja de registros clínicos debe ser diseñada para capturar no solo los procedimientos técnicos, sino también los aspectos relacionados con el monitoreo constante del paciente, como los signos vitales, el nivel de anestesia, las reacciones adversas y cualquier otra intervención que se realice en este periodo. De acuerdo con Guerrero (2022), el enfermero debe estar entrenado teórica y técnicamente, lo que implica que la hoja de registros debe incluir secciones que reflejen tanto los conocimientos específicos requeridos como las acciones realizadas por el equipo quirúrgico.

En conclusión, la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria debe tener un diseño que permita documentar de manera detallada todos los aspectos del periodo transoperatorio. La correcta recopilación de datos sobre el manejo del instrumental, el cumplimiento de normas de asepsia y las intervenciones del personal de enfermería es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la efectividad del procedimiento quirúrgico, tal como lo subraya Guerrero (2022).



2.3 Etapa Postoperatoria

El periodo postoperatorio se divide en tres fases esenciales: inmediato, mediano y tardío. Cada una de estas etapas exige un monitoreo cuidadoso del paciente, así como una documentación continua que garantice la seguridad y la efectividad del tratamiento (Cleveland Clinic, 2023). La documentación en el periodo postoperatorio inmediato es crucial, ya que permite realizar un seguimiento preciso de las condiciones del paciente durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía. Este periodo es cuando los pacientes están en riesgo de complicaciones agudas, como infecciones, hemorragias o reacciones adversas a la anestesia. Cleveland Clinic (2023) enfatiza que, en este contexto, los registros clínicos de enfermería deben ser detallados y completos, reflejando la administración de medicamentos, la respuesta del paciente al tratamiento y cualquier intervención realizada.

El periodo postoperatorio mediano, que se extiende desde las primeras 24 horas hasta aproximadamente 30 días, también requiere una documentación meticulosa de la recuperación del paciente. Durante este tiempo, los profesionales de salud evalúan continuamente la evolución del paciente y ajustan el tratamiento según sea necesario. La World Health Organization (2021) resalta la importancia de seguir protocolos estandarizados, como la lista de verificación de seguridad quirúrgica, para asegurar que todos los procedimientos postoperatorios se lleven a cabo con éxito y sin omisiones.

En el periodo postoperatorio tardío, los pacientes que ya han recibido el alta deben continuar con controles médicos externos. Este seguimiento es fundamental para la recuperación completa, ya que incluye la eliminación de suturas, la finalización de la medicación y la reincorporación a las actividades cotidianas. National Institutes of Health (2022) subraya que la monitorización durante esta fase es esencial para detectar



complicaciones a largo plazo, como infecciones tardías o problemas relacionados con la cicatrización. La documentación continua durante esta fase es crucial para asegurar que el paciente siga un plan de tratamiento adecuado.

En la etapa postoperatoria, el diseño de la hoja de registros clínicos se convierte en una herramienta indispensable para garantizar un monitoreo adecuado del paciente, facilitar la continuidad del cuidado y prevenir complicaciones. Esta etapa abarca desde el momento en que el paciente sale del quirófano hasta su completa recuperación, y cada una de sus fases (inmediata, mediata y tardía) requiere una documentación minuciosa y organizada. Según Cleveland Clinic (2023), la primera fase postoperatoria, en las 24 horas iniciales, es crítica, ya que es cuando existe mayor riesgo de complicaciones agudas como infecciones, hemorragias o reacciones adversas a la anestesia. Una hoja de registros clínicos bien diseñada permite documentar intervenciones clave como la administración de medicamentos, la evaluación de signos vitales y el control del dolor, asegurando así una respuesta oportuna y efectiva.

La hoja de registros clínicos en esta etapa no solo documenta las intervenciones realizadas, sino que también promueve la estandarización de los protocolos de cuidado. Ohio State Health & Discovery (2023) señala que un formato uniforme y estructurado reduce el margen de error en la interpretación de los datos clínicos y facilita la comunicación entre los profesionales de la salud. Esto es especialmente importante en hospitales de segundo nivel, donde los recursos y el personal pueden ser limitados, pero la necesidad de una atención de calidad sigue siendo fundamental. Además, el diseño de estos registros debe ser intuitivo y práctico para que el personal de enfermería pueda capturar información clave de manera eficiente, incluso en entornos de alta presión.



En la fase mediata, que se extiende hasta 30 días después de la cirugía, la hoja de registros clínicos adquiere una importancia particular al permitir el seguimiento de la evolución del paciente y la detección temprana de complicaciones como infecciones tardías o problemas en la cicatrización. Según la World Health Organization (2021), esta fase se beneficia significativamente de la implementación de protocolos estandarizados, los cuales pueden ser integrados en las hojas de registro para asegurar que cada aspecto del cuidado postoperatorio sea evaluado y documentado. Por ejemplo, la hoja puede incluir secciones específicas para evaluar la adherencia a tratamientos, la gestión del dolor y la evolución de los signos vitales, proporcionando así un panorama integral del estado del paciente.

El diseño de la hoja de registros clínicos también está estrechamente relacionado con el tema central de la tesis: mejorar la calidad de la documentación clínica en hospitales de segundo nivel. Al incluir indicadores clave de calidad y campos específicos para registrar intervenciones, estas herramientas facilitan auditorías internas y externas que contribuyen al mejoramiento continuo de los servicios de salud. Mayo Clinic (2024) destaca que una documentación estandarizada no solo respalda la seguridad del paciente, sino que también permite analizar y optimizar los procesos clínicos, reduciendo tiempos de respuesta y mejorando los resultados en salud.

En la fase tardía, cuando el paciente ya ha sido dado de alta, la hoja de registros clínicos se convierte en un puente esencial entre el hospital y el seguimiento ambulatorio. National Institutes of Health (2022) subraya que esta etapa es clave para garantizar una recuperación completa, ya que incluye actividades como la remoción de suturas, el ajuste de tratamientos y la reincorporación a las actividades cotidianas. Un registro detallado en el alta



médica permite al personal encargado del seguimiento contar con información precisa para evaluar la evolución del paciente y prevenir complicaciones a largo plazo.

En resumen, la etapa postoperatoria y el diseño de la hoja de registros clínicos están profundamente interrelacionados, ya que una documentación estructurada y precisa es crucial para garantizar una atención de calidad en cada fase de esta etapa. La hoja de registros clínicos no solo facilita el monitoreo continuo del paciente y la prevención de complicaciones, sino que también fortalece la comunicación interdisciplinaria y apoya el desarrollo de protocolos estandarizados. En el contexto de hospitales de segundo nivel, estas herramientas son esenciales para optimizar recursos, mejorar la seguridad del paciente y garantizar que la recuperación postoperatoria se lleve a cabo de manera eficiente y segura. Integrar hojas de registro diseñadas específicamente para esta etapa representa una estrategia clave para avanzar en la calidad de los cuidados y en el cumplimiento de las normativas en el ámbito de la salud.

2.4 Capacitación del Personal de Enfermería

La capacitación constante del personal de enfermería y de los equipos interdisciplinarios es un aspecto fundamental para mejorar la calidad de la documentación perioperatoria. American Society of Anesthesiologists (2023) enfatiza que la educación continua y el entrenamiento específico en la gestión perioperatoria, incluidos los registros clínicos, son esenciales para reducir errores y mejorar la atención al paciente. Al proporcionar una formación continua, el personal de enfermería adquiere habilidades para manejar con precisión la información clínica, lo que a su vez mejora la calidad de los registros y asegura la toma de decisiones basada en datos fiables.



El HSS (2024) también refuerza la importancia de las simulaciones prácticas y la capacitación en escenarios clínicos reales. Estas simulaciones permiten a los profesionales practicar la documentación en tiempo real, lo que asegura que el personal esté familiarizado con los protocolos de registro y las mejores prácticas antes de enfrentarse a situaciones quirúrgicas reales. Mayo Clinic (2024) añade que el personal capacitado es más eficiente en el manejo de la documentación, lo que contribuye directamente a mejorar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención durante todo el proceso perioperatorio.

2.5 Estandarización de los Registros Clínicos

La estandarización de los formatos y lenguaje de los registros clínicos es esencial para mejorar la comunicación y reducir los márgenes de error. Ohio State Health & Discovery (2023) destaca que los registros uniformes permiten a los equipos médicos interpretar la información de manera rápida y precisa, lo que es particularmente importante en el entorno perioperatorio, donde la toma de decisiones debe ser casi instantánea. La implementación de plantillas estandarizadas facilita que los profesionales de salud registren y accedan a los datos esenciales sin confusión, lo que reduce el riesgo de malentendidos y mejora la coordinación entre los equipos quirúrgicos y de anestesia.

En conclusión, el periodo perioperatorio requiere una atención cuidadosa y documentada en todas sus fases para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. La estandarización de los registros clínicos, la capacitación continua del personal de enfermería y la implementación de protocolos basados en evidencia son fundamentales para asegurar que cada fase del proceso quirúrgico se maneje de manera eficiente y sin errores. Las fuentes revisadas, como Mayo Clinic (2024), HSS (2024), Ohio State Health & Discovery (2023), ADA (2025) y UCSF Pain Management Education (2022), destacan la importancia de estas



prácticas, que no solo mejoran la calidad de la atención y la seguridad del paciente, sino que también optimizan la coordinación entre los equipos de salud. La creación de hojas de registros clínicos de enfermería estandarizadas y bien diseñadas es esencial para lograr estos objetivos y, por lo tanto, desempeña un papel crucial en la mejora del manejo perioperatorio en hospitales de 2º nivel.

Capítulo 3. Enfermería perioperatoria

3.1 La Evolución de la Enfermería Perioperatoria

La enfermería perioperatoria ha experimentado una notable evolución desde sus inicios a principios del siglo XX. En sus primeras etapas, surgió la necesidad de contar con personal especializado que asistiera a los cirujanos durante las intervenciones quirúrgicas. La figura de la enfermera circulante fue crucial para la preparación de los instrumentos quirúrgicos y para asegurar que la operación se llevara a cabo de manera eficiente y segura. Según la World Health Organization (2021), el papel de la enfermera circulante se destacó por su función preventiva en la infección, garantizando que todos los equipos estuvieran listos para ser utilizados según las necesidades del equipo quirúrgico. La seguridad del paciente comenzó a depender en gran medida de la correcta preparación del ambiente quirúrgico y de los instrumentos necesarios para cada intervención.

Con el advenimiento de los antibióticos y el avance en las técnicas quirúrgicas, la tasa de mortalidad quirúrgica se redujo considerablemente, lo que permitió una expansión del personal quirúrgico. La Cleveland Clinic (2023) explica que en este contexto, surgió el rol de la enfermera instrumentista, encargada de anticipar las necesidades del cirujano, proporcionar los equipos de manera eficiente y garantizar que la cirugía se llevara a cabo sin



contratiempos. Este cambio marcó una transición significativa hacia un proceso quirúrgico más organizado, con un equipo mejor preparado y enfocado.

A lo largo de los años, la enfermería perioperatoria ha trascendido la gestión técnica de los procedimientos quirúrgicos. Hoy en día, es una especialidad que no solo se ocupa de la parte técnica de las intervenciones, sino que también pone énfasis en la seguridad del paciente y en su bienestar emocional y físico. En la actualidad, esta especialidad está estructurada en tres fases fundamentales: la fase preoperatoria, la fase transoperatoria y la fase postoperatoria, cada una con sus propios desafíos y responsabilidades. Cada fase exige un conocimiento técnico profundo, habilidades prácticas y un enfoque centrado en el paciente, elementos que son claves para proporcionar una atención quirúrgica de calidad (National Institutes of Health, 2022).

La fase preoperatoria es crucial para asegurar que el paciente esté en condiciones óptimas antes de la cirugía. Durante esta fase, la enfermera perioperatoria realiza una evaluación completa del paciente, que incluye un análisis de su estado físico y emocional, además de revisar los antecedentes médicos, las alergias y cualquier otro factor de riesgo que pueda afectar el éxito de la cirugía. Según la American Society of Anesthesiologists (2023), es fundamental que la evaluación preoperatoria también aborde las preocupaciones emocionales del paciente, ya que la ansiedad y el miedo son comunes antes de la cirugía. La información obtenida durante esta fase es vital para planificar adecuadamente el procedimiento quirúrgico, desde la administración de anestesia hasta la preparación de los materiales necesarios para la operación.

En la fase transoperatoria, la enfermera perioperatoria desempeña un papel clave. Estando presente directamente en el quirófano, la enfermera trabaja estrechamente con los



cirujanos y el equipo de anestesia para asegurar que la cirugía se realice sin complicaciones. Esta fase requiere de una coordinación precisa entre todos los miembros del equipo, lo que subraya la importancia de una comunicación clara y efectiva. La Cleveland Clinic (2023) destaca que la enfermera perioperatoria debe estar atenta para anticipar las necesidades del cirujano, garantizar que los instrumentos estén en condiciones óptimas y participar activamente en la toma de decisiones durante la intervención. Además, la documentación precisa de todas las acciones realizadas es esencial para asegurar un seguimiento adecuado durante la fase postoperatoria y para mantener la seguridad del paciente en todo momento.

Finalmente, en la fase postoperatoria, la enfermera perioperatoria continúa siendo fundamental en el proceso de recuperación del paciente. La enfermera debe monitorear los signos vitales del paciente, evaluar su dolor y prevenir posibles complicaciones. Shah et al. (2024) enfatizan que el monitoreo continuo en esta fase es clave para identificar signos tempranos de complicaciones, como infecciones o problemas respiratorios. Además, la National Institutes of Health (2022) resalta que el seguimiento postoperatorio debe incluir una atención personalizada que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente. La enfermera debe registrar todos los signos y síntomas relevantes para poder tomar decisiones informadas y para guiar el plan de recuperación del paciente.

La capacitación continua en enfermería perioperatoria es esencial para garantizar que los profesionales estén preparados para enfrentar los desafíos de cada fase del proceso quirúrgico. La Cleveland Clinic (2023) destaca que el aprendizaje sobre nuevas tecnologías, como los sistemas de monitoreo y los registros electrónicos, es fundamental para mejorar la seguridad del paciente y optimizar los procesos quirúrgicos. La educación continua y el



aprendizaje práctico son necesarios para desarrollar competencias en la atención perioperatoria y mejorar los resultados para los pacientes.

La documentación clínica precisa y estandarizada es otro aspecto crucial en la práctica perioperatoria. La World Health Organization (2021) subraya que una adecuada documentación de todos los procedimientos y cuidados perioperatorios facilita la comunicación entre los miembros del equipo de salud, asegurando que la información relevante se transfiera correctamente y sin ambigüedades. La estandarización de los registros también ayuda a reducir los errores médicos y mejora los resultados de la cirugía. National Institutes of Health (2022) resalta que, además de su función práctica, la documentación precisa contribuye a la calidad de la atención, asegurando que todas las intervenciones estén registradas adecuadamente para un seguimiento postoperatorio eficaz.

La enfermería perioperatoria ha recorrido un largo camino desde sus inicios, convirtiéndose en una especialidad clave dentro del cuidado quirúrgico moderno. Hoy en día, la enfermera perioperatoria no solo se ocupa de la parte técnica de las intervenciones, sino que también juega un papel fundamental en la seguridad del paciente y en su bienestar emocional durante todo el proceso quirúrgico. Los avances tecnológicos y una mayor comprensión de la importancia de la atención pre, intra y postoperatoria han permitido mejorar significativamente los resultados quirúrgicos y la calidad de vida de los pacientes. Según American Society of Anesthesiologists (2023) y National Institutes of Health (2022), las enfermeras perioperatorias son esenciales para garantizar que cada fase del proceso quirúrgico se lleve a cabo de manera segura y efectiva, contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado y reducir los riesgos asociados con las intervenciones quirúrgicas.



3.2 El Rol de la Enfermería Perioperatoria en el Cuidado Integral del Paciente

La enfermería perioperatoria es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente en todas las fases del proceso quirúrgico. Desde sus inicios en el siglo XX, cuando se identificó la necesidad de personal especializado para asistir a los cirujanos, la enfermería perioperatoria ha evolucionado de manera significativa. Inicialmente, la enfermera circulante fue la encargada de preparar los instrumentos quirúrgicos y garantizar la correcta disposición de los equipos, lo cual fue crucial para el éxito y la seguridad de las intervenciones. Según la World Health Organization (2021), este rol es fundamental para prevenir infecciones, ya que la preparación adecuada de los equipos y el ambiente quirúrgico disminuye considerablemente el riesgo de complicaciones.

Con el advenimiento de los antibióticos y la mejora de las técnicas quirúrgicas, la tasa de mortalidad se redujo considerablemente. Esto permitió la expansión del personal dentro del quirófano, dando origen al rol de la enfermera instrumentista, quien tiene la responsabilidad de anticipar las necesidades del cirujano durante el procedimiento, lo que permite un flujo más eficiente de la operación. La Cleveland Clinic (2023) resalta cómo este desarrollo mejoró la dinámica del quirófano, haciendo las cirugías más rápidas y seguras, ya que la enfermera instrumentista estaba preparada para proporcionar los equipos necesarios en el momento justo, permitiendo al cirujano concentrarse en la intervención.

A medida que la enfermería perioperatoria se fue consolidando como una especialidad, su enfoque fue ampliándose para abarcar no solo los aspectos técnicos, sino también la seguridad emocional y física del paciente. Hoy en día, la enfermería perioperatoria está estructurada en tres fases clave: la fase preoperatoria, la fase transoperatoria y la fase postoperatoria. Cada una de estas fases exige conocimientos técnicos y habilidades prácticas



específicas, así como una capacidad para comunicarse eficazmente con el equipo quirúrgico y los pacientes. Según el National Institutes of Health (2022), el éxito de la intervención quirúrgica depende de la correcta ejecución de los procedimientos en cada una de estas fases, así como de la capacidad del equipo de enfermería para adaptarse a las circunstancias cambiantes y manejar cualquier complicación que pueda surgir.

La fase preoperatoria es fundamental, ya que prepara al paciente para la cirugía. En esta etapa, la enfermera perioperatoria realiza una evaluación exhaustiva del paciente, recopilando información sobre su estado físico y emocional, sus antecedentes médicos y posibles factores de riesgo. Este análisis permite identificar condiciones que puedan afectar el éxito de la cirugía, como comorbilidades, alergias o infecciones previas (American Society of Anesthesiologists, 2023). Además de la evaluación médica, también es esencial que la enfermera aborde las preocupaciones emocionales del paciente. La ansiedad es una respuesta común antes de una cirugía, y la enfermera debe proporcionar información clara y apoyo emocional para reducir la tensión y asegurar que el paciente se sienta comprendido y preparado para el procedimiento (Mayo Clinic School of Continuous Professional Development, 2024).

Uno de los aspectos más importantes de esta fase es la obtención del consentimiento informado, donde la enfermera asegura que el paciente comprende completamente el procedimiento que se va a realizar y las implicaciones de la cirugía. World Health Organization (2021) resalta que este paso no solo es vital desde el punto de vista ético, sino también legal, ya que garantiza que el paciente tenga control sobre su atención y se sienta seguro respecto a los riesgos y beneficios asociados.



Durante la fase transoperatoria, que es la fase en la que se realiza la cirugía, la enfermera perioperatoria se convierte en un miembro esencial del equipo quirúrgico. La enfermera debe asegurarse de que todos los instrumentos y materiales estén disponibles y en condiciones óptimas. La coordinación entre la enfermera y el equipo quirúrgico es fundamental para que el procedimiento se desarrolle sin contratiempos. Como señala Cleveland Clinic (2023), la enfermera perioperatoria también juega un papel clave en la monitorización de la condición del paciente, colaborando con el anestesista para asegurar que los signos vitales estén dentro de los parámetros normales y que el paciente esté bajo el control adecuado de la anestesia.

Además, es fundamental que la enfermera registre todas las intervenciones realizadas durante la cirugía, lo que facilita el seguimiento postoperatorio y ayuda a detectar cualquier complicación de forma temprana. La documentación precisa y detallada también contribuye a la estandarización de los cuidados y asegura que se cumplan los protocolos de seguridad establecidos por las instituciones (American Society of Anesthesiologists, 2023). La National Institutes of Health (2022) subraya que una correcta documentación durante esta fase no solo es esencial para la seguridad, sino también para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud.

La fase postoperatoria es crítica para la recuperación del paciente. Durante esta etapa, la enfermera perioperatoria tiene la responsabilidad de monitorear al paciente de manera constante, evaluando los signos vitales, el nivel de dolor y las posibles complicaciones. Esta fase requiere una atención minuciosa para prevenir infecciones, controlar el dolor y garantizar que el paciente recupere sus funciones físicas de manera segura. La World Health Organization (2021) destaca que la administración adecuada del dolor postoperatorio y la



prevención de infecciones son componentes esenciales de la atención postoperatoria, y la enfermera tiene un papel activo en cada uno de estos aspectos.

El monitoreo constante de las condiciones del paciente en la fase postoperatoria es esencial para asegurar que no surjan complicaciones como infecciones, hemorragias o reacciones adversas a la anestesia. Según la National Institutes of Health (2022), una vigilancia continua durante esta fase reduce significativamente los riesgos de complicaciones graves, asegurando que el paciente reciba el cuidado necesario para su pronta recuperación.

Además, la documentación clínica durante esta fase es fundamental para seguir de cerca la evolución del paciente. Cada cambio en su condición debe ser registrado, ya que proporciona a los profesionales de la salud la información necesaria para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. La estandarización de los registros clínicos también facilita la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud y asegura que no se omita ninguna información crítica (Cleveland Clinic, 2023).

La capacitación continua es un factor esencial para asegurar que las enfermeras perioperatorias estén siempre preparadas para enfrentar los desafíos que presenta cada fase del proceso quirúrgico. Mayo Clinic School of Continuous Professional Development (2024) resalta la importancia de la educación continua para mejorar las habilidades técnicas y el conocimiento de las nuevas tecnologías que están transformando la práctica perioperatoria. Esto incluye la familiarización con los sistemas de monitoreo, los registros electrónicos y los nuevos protocolos de seguridad quirúrgica.

Además, el aprendizaje constante y la práctica mediante simulaciones también son cruciales para desarrollar competencias en la atención perioperatoria. La formación continua



permite a las enfermeras no solo manejar las tareas técnicas de manera eficiente, sino también estar preparadas para adaptarse rápidamente a cualquier situación de emergencia que pueda surgir durante el proceso quirúrgico. Como subraya la American Society of Anesthesiologists (2023), los cambios rápidos en el estado del paciente requieren que el equipo quirúrgico esté constantemente actualizado y capaz de reaccionar con rapidez.

La enfermería perioperatoria ha recorrido un largo camino desde sus primeros días, transformándose en una especialidad esencial dentro del campo quirúrgico. Hoy en día, la enfermera perioperatoria no solo realiza intervenciones técnicas, sino que también se ocupa del bienestar físico y emocional del paciente en cada fase del proceso quirúrgico. Con el avance de las tecnologías y un mayor enfoque en la seguridad del paciente, la enfermería perioperatoria sigue evolucionando, destacándose por su impacto positivo en los resultados quirúrgicos y en la recuperación de los pacientes. La capacitación continua y la documentación estandarizada son clave para garantizar que el cuidado perioperatorio siga mejorando, permitiendo una atención más segura y efectiva para todos los pacientes (National Institutes of Health, 2022; Mayo Clinic School of Continuous Professional Development, 2024).

3.3 La Importancia de la Capacitación y el Desarrollo Profesional en Enfermería Perioperatoria

Una de las claves para una atención perioperatoria de calidad es la capacitación continua del personal de enfermería. Según Akelma et al. (2024), la formación en áreas como el manejo del dolor, la seguridad quirúrgica, el uso de tecnología en el quirófano y la gestión de emergencias es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la efectividad de las intervenciones. La capacitación también incluye el aprendizaje de cómo documentar de



manera precisa y completa los procedimientos y las intervenciones realizadas durante todo el periodo perioperatorio. La estandarización de los registros clínicos es crucial para asegurar que todos los miembros del equipo de salud puedan acceder a la información de manera eficiente y sin margen de error (American Society of Anesthesiologists, 2023).

La World Health Organization (2021) también subraya la importancia de la formación continua en la mejora de la seguridad quirúrgica. La implementación de protocolos estandarizados y la revisión de los registros perioperatorios son prácticas clave que contribuyen a la mejora continua de la calidad del cuidado. En este sentido, las simulaciones prácticas y los escenarios clínicos son herramientas eficaces para enseñar a los enfermeros a manejar situaciones complejas en tiempo real, permitiendo una mejor preparación para afrontar emergencias y complicaciones inesperadas (Shah et al., 2024).

3.4 El Papel de los Registros Clínicos en la Seguridad del Paciente y la Mejora de la Calidad

La documentación precisa y estandarizada durante el período perioperatorio es esencial para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad del cuidado. La documentación correcta y detallada permite a los profesionales de salud monitorear continuamente la evolución del paciente, lo que facilita la detección temprana de complicaciones y asegura que las decisiones clínicas se basen en datos confiables. En este contexto, la National Institutes of Health (2022) subraya que los registros bien realizados no solo permiten una mejor vigilancia del estado del paciente, sino que también son fundamentales para asegurar que todas las intervenciones y tratamientos estén correctamente documentados, lo que proporciona una base sólida para las decisiones médicas durante el proceso quirúrgico y postquirúrgico.



La estandarización de los registros clínicos es otro componente crucial en la enfermería perioperatoria. Esta práctica permite que la información se registre de manera uniforme y consistente, lo cual facilita la comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud. Según la World Health Organization (2021), una documentación estandarizada reduce el riesgo de errores, mejora la coordinación entre los profesionales involucrados en el cuidado del paciente y asegura que se mantenga la continuidad del tratamiento. Además, asegura que las intervenciones sean apropiadas y que la información crucial no se pierda entre turnos o entre distintos profesionales de la salud.

La implementación de tecnologías digitales también ha transformado la manera en que se gestionan los registros perioperatorios, mejorando tanto la precisión como la eficiencia en la atención. La Cleveland Clinic (2023) resalta que la adopción de registros electrónicos en el ámbito quirúrgico ha permitido a los profesionales acceder a la información del paciente de manera rápida y segura, lo cual es fundamental en el quirófano, donde el tiempo y la precisión son críticos. Los sistemas electrónicos también permiten que los datos sean recopilados y analizados de forma más eficiente, lo que facilita la evaluación continua de las prácticas quirúrgicas y de enfermería. Esta capacidad de análisis contribuye a mejorar los protocolos y estándares de atención, lo que a su vez mejora los resultados de los pacientes y promueve un ambiente quirúrgico más seguro.

En este sentido, los registros electrónicos no solo optimizan la gestión del tiempo, sino que también proporcionan una mayor precisión en la documentación. Según la Mayo Clinic School of Continuous Professional Development (2024), los sistemas digitales mejoran la accesibilidad y la seguridad de la información, reduciendo el riesgo de errores humanos, como la transcripción incorrecta de datos o la pérdida de información crítica. Esto



no solo mejora la calidad del cuidado proporcionado, sino que también asegura que los profesionales de la salud puedan tomar decisiones informadas basadas en la información más precisa disponible.

El rol de la enfermería perioperatoria en el proceso quirúrgico es integral y abarca una serie de responsabilidades clave durante las fases preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria. La enfermera perioperatoria no solo se encarga de la gestión técnica del proceso quirúrgico, sino que también tiene un enfoque holístico que incluye la seguridad emocional y física del paciente. La National Institutes of Health (2022) enfatiza que el cuidado perioperatorio involucra una colaboración constante entre diferentes profesionales, lo que requiere que la enfermera esté altamente capacitada y que la información sobre el paciente esté completamente documentada. El cuidado integral también incluye la gestión del dolor, la prevención de infecciones y el manejo de los efectos secundarios de la anestesia, todos aspectos que requieren monitoreo continuo y documentación precisa para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente.

La capacitación continua en enfermería perioperatoria es crucial para garantizar que las enfermeras estén al tanto de las últimas prácticas y tecnologías utilizadas en el quirófano. La Mayo Clinic School of Continuous Professional Development (2024) destaca la importancia de que los profesionales de enfermería participen en programas de educación continua para mantener sus competencias actualizadas, especialmente en áreas como la gestión de nuevas tecnologías y sistemas de registros electrónicos. Además, la formación práctica y las simulaciones son esenciales para permitir que las enfermeras se enfrenten a situaciones reales de manera segura y eficiente, lo que mejora su habilidad para actuar con rapidez y precisión durante las cirugías.



Los registros clínicos de enfermería desempeñan un papel fundamental en la gestión del cuidado perioperatorio, asegurando que cada intervención esté debidamente documentada. Esto permite una continuidad del cuidado que es esencial para el éxito del tratamiento y la recuperación del paciente. Según la World Health Organization (2021), los registros precisos también permiten que los profesionales de salud evalúen de manera continua el progreso del paciente, lo que facilita la toma de decisiones rápidas en respuesta a cualquier complicación que pueda surgir. Este seguimiento constante es una de las características clave que hace que el proceso perioperatorio sea tan efectivo y seguro.

La estandarización en la documentación es un paso crucial en la mejora de la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Cuando los registros clínicos están uniformemente estructurados, se facilita la comunicación entre los distintos miembros del equipo de salud, permitiendo una respuesta más rápida y precisa a las necesidades del paciente. La Cleveland Clinic (2023) resalta que una documentación estandarizada ayuda a reducir la ambigüedad en la información, lo que minimiza los errores y mejora los resultados de los procedimientos quirúrgicos. De igual manera, facilita la auditoría de calidad al permitir una evaluación más precisa del cumplimiento de los protocolos de seguridad.

Los avances en la tecnología de los registros electrónicos también contribuyen al mejoramiento continuo de las prácticas quirúrgicas. Según la Mayo Clinic School of Continuous Professional Development (2024), estos sistemas no solo ayudan en la documentación precisa, sino que también permiten que los datos sean utilizados para la evaluación y mejora de las prácticas quirúrgicas, lo que a su vez mejora los resultados quirúrgicos y la seguridad del paciente a largo plazo. La implementación de estas tecnologías



también facilita la recopilación de datos para investigaciones, que pueden ser utilizadas para optimizar los protocolos de atención y para ajustar las prácticas clínicas con el tiempo.

La documentación precisa y estandarizada durante el período perioperatorio es un pilar fundamental en la mejora de la seguridad y la calidad del cuidado quirúrgico. La implementación de registros clínicos electrónicos y estandarizados, junto con una capacitación continua para los profesionales de enfermería, contribuye significativamente a garantizar que los pacientes reciban una atención de alta calidad y segura. Como se resalta en varias fuentes clave, como la World Health Organization (2021) y la Cleveland Clinic (2023), la enfermería perioperatoria es una disciplina que debe estar en constante evolución para adaptarse a los avances en la tecnología médica y los protocolos de seguridad. Esta evolución continua asegura que el cuidado perioperatorio siga siendo una parte integral de la atención quirúrgica moderna, mejorando los resultados y la recuperación de los pacientes.

Capítulo 4. Seguridad del Paciente

4.1 Introducción a la Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es una prioridad que ha sido parte integral de la atención médica desde tiempos remotos. A lo largo de los siglos, las normativas y leyes orientadas a proteger a los pacientes de daños durante su atención han evolucionado considerablemente. En las primeras civilizaciones de China, India y Mesopotamia, se establecieron las primeras normativas médicas con el objetivo de reducir el riesgo de daño a los pacientes. Un ejemplo destacado es el Código de Hammurabi, uno de los primeros códigos legales escritos, que incluyó leyes específicas relacionadas con la medicina, estableciendo reglas sobre las intervenciones médicas y las consecuencias de los errores cometidos por los profesionales de la salud (Loani, et al., 2024). Este código buscaba garantizar la justicia y la proporcionalidad,



al vincular el daño recibido con la pena impuesta, en un intento de equilibrar los errores médicos y las sanciones de manera razonable. A pesar de las limitaciones del contexto histórico, las primeras regulaciones médicas de este tipo proporcionaron la base para el desarrollo de la seguridad en la atención sanitaria.

Uno de los avances más significativos en la seguridad del paciente durante la historia de la medicina fue realizado por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea en el siglo XIX. Nightingale, considerada la fundadora de la enfermería moderna, introdujo prácticas de higiene y control de infecciones que tuvieron un impacto directo en la reducción de las tasas de mortalidad en los hospitales de campaña. La implementación del lavado de manos y la limpieza adecuada de los hospitales contribuyó significativamente a disminuir las infecciones, que en esa época representaban una de las principales causas de muerte durante las intervenciones quirúrgicas (Loani, et al., 2024). Su enfoque en la higiene y el bienestar del paciente, junto con su capacidad para organizar y mejorar el ambiente hospitalario, ayudaron a transformar las prácticas de enfermería y establecieron un estándar de atención que sigue siendo fundamental en la seguridad del paciente hoy en día.

A finales del siglo XX, la preocupación por la seguridad del paciente alcanzó un nuevo nivel de conciencia pública, especialmente con la publicación del informe “Error es humano” en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Este informe puso en evidencia la prevalencia de errores médicos y la importancia de abordarlos de manera sistemática. Según el informe, los errores en la atención médica no son solo inevitables, sino que deben ser prevenidos y mitigados mediante cambios significativos en la forma en que se organiza la atención sanitaria. La publicación de este informe no solo generó una reflexión sobre la seguridad del paciente a nivel global, sino que también impulsó a gobiernos,



organizaciones internacionales y profesionales de la salud a implementar medidas de seguridad más estrictas en las instituciones médicas, fomentando la creación de protocolos y políticas que priorizan la prevención de daños (Megahed, 2024).

Este informe cambió la manera en que la sociedad percibió la atención médica y colocó la seguridad del paciente en la agenda política y sanitaria mundial. Desde entonces, se ha hecho un esfuerzo por establecer sistemas más eficientes para reducir los errores médicos y mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a los pacientes, abriendo un camino hacia un enfoque más sistemático en la seguridad del paciente, especialmente en entornos tan complejos como el quirúrgico.

La seguridad del paciente ha sido formalmente definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes, y la reducción de riesgos hasta un mínimo aceptable durante su atención (Morais, et al., 2023). Esta definición subraya el objetivo fundamental de la seguridad del paciente: evitar daños innecesarios, al tiempo que se asegura la calidad de la atención médica. La seguridad del paciente, según la OMS, involucra un sistema integrado de actividades que abarcan culturas, procesos, tecnologías, y entornos organizacionales diseñados para minimizar los riesgos de manera constante, reducir la probabilidad de daños evitables y mitigar las consecuencias de los errores cuando ocurren (Megahed, 2024).

En este contexto, la seguridad no solo se limita a la prevención de daños inmediatos, sino que también implica la creación de una cultura de seguridad que permita a los profesionales de la salud identificar y actuar ante posibles riesgos, mejorar la calidad de la atención y garantizar que los errores sean reconocidos y corregidos de manera proactiva.



En la actualidad, la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico es un desafío constante para los profesionales de salud. La enfermería perioperatoria juega un papel crucial en la mejora de la seguridad durante todo el proceso quirúrgico, que incluye las fases preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria. Según el National Institutes of Health (2022), los enfermeros perioperatorios son responsables de la evaluación exhaustiva del paciente antes de la cirugía, asegurándose de que todos los factores de riesgo sean identificados y abordados, lo que permite planificar una cirugía segura. Esta fase preoperatoria incluye la recopilación de información crítica sobre el paciente, como antecedentes médicos, alergias, y condiciones preexistentes, lo que es fundamental para la planificación de la intervención quirúrgica.

Durante la fase transoperatoria, los enfermeros perioperatorios colaboran estrechamente con el equipo quirúrgico para garantizar que todos los instrumentos y materiales estén disponibles y en condiciones óptimas para la cirugía. Además, deben estar atentos a cualquier cambio en la condición del paciente, y actuar rápidamente para gestionar emergencias o complicaciones que puedan surgir (Yusuf, et al., 2023). La documentación precisa de las intervenciones durante esta fase es vital, ya que permite un seguimiento adecuado de los cuidados brindados y facilita la detección temprana de complicaciones.

En la fase postoperatoria, la enfermería perioperatoria asegura que el paciente se recupere de manera segura, monitorizando signos vitales, controlando el dolor y previniendo infecciones. Según Abood y Kum (2023), el seguimiento cercano durante esta fase es esencial para identificar cualquier efecto adverso o complicación postquirúrgica antes de que se convierta en un problema mayor. Una correcta documentación de los signos vitales y los



tratamientos administrados durante el postoperatorio es crucial para mantener la seguridad del paciente y garantizar su recuperación.

Una de las medidas más efectivas para garantizar la seguridad del paciente es la implementación de programas de capacitación continua para los profesionales de enfermería perioperatoria. Los protocolos de seguridad, como la checklist quirúrgica de la OMS, que han demostrado reducir significativamente las complicaciones quirúrgicas, son fundamentales para estandarizar las prácticas de seguridad en el quirófano. La capacitación continua sobre los procedimientos de seguridad, la gestión del riesgo y el manejo adecuado de tecnologías médicas modernas es esencial para mantener una atención de calidad y mejorar los resultados quirúrgicos (Koshy, et al., 2024).

La integración de estas estrategias y protocolos de seguridad en la formación de los enfermeros perioperatorios contribuye no solo a la mejora de la seguridad en las intervenciones quirúrgicas, sino también a la creación de un entorno de trabajo donde se promueve la atención al paciente como una prioridad máxima. Estos protocolos también facilitan la coordinación y comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de la salud, asegurando que cada etapa del proceso quirúrgico se lleve a cabo de manera eficiente y segura.

En resumen, la seguridad del paciente ha sido una preocupación constante y evolucionada desde los primeros intentos por regular la práctica médica en las antiguas civilizaciones hasta la implementación de protocolos modernos y la formación continua del personal de salud. La enfermería perioperatoria juega un papel crucial en la mejora de la seguridad del paciente durante todas las fases del proceso quirúrgico. Con la implementación de prácticas estandarizadas, el uso de tecnologías de documentación avanzadas y la



formación constante de los profesionales de enfermería, se mejora la seguridad y el bienestar del paciente, reduciendo los riesgos y optimizando los resultados quirúrgicos.

4.2 La Seguridad del Paciente a Nivel Global

La seguridad del paciente es un tema de creciente relevancia en la atención sanitaria mundial. A lo largo de las últimas décadas, la conciencia sobre los errores médicos y sus consecuencias ha evolucionado significativamente. En particular, el informe “Errar es Humano”, publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, marcó un punto de inflexión al poner de manifiesto la alta frecuencia de los errores médicos y su impacto en los resultados de salud. Este informe fue un llamado a la acción, tanto para los profesionales de la salud como para los responsables de las políticas sanitarias a nivel global. Su publicación puso de manifiesto la necesidad urgente de mejorar la seguridad del paciente y de adoptar medidas para reducir los riesgos asociados a la atención médica (Loani et al., 2024). Este análisis crítico y detallado llevó a la formulación de nuevas políticas internacionales destinadas a fortalecer los sistemas de salud y promover un entorno más seguro para los pacientes.

A raíz de este informe, se instauraron varias iniciativas internacionales para mejorar la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS), como principal organismo internacional en el ámbito de la salud, ha liderado numerosos esfuerzos para reducir los riesgos asociados a la atención sanitaria. En este contexto, la OMS ha desarrollado listas de seguridad quirúrgica y otras herramientas para fomentar buenas prácticas y garantizar que se reduzcan los errores médicos en todo el mundo (Morais et al., 2023). Una de las iniciativas más notables es la campaña “Salvando Vidas: Una Alianza para la Seguridad Quirúrgica Global”, lanzada en 2008, que se centró en la implementación de



medidas de seguridad estandarizadas para la cirugía, un área donde los errores pueden tener consecuencias graves para los pacientes. La campaña ha demostrado que la implementación de listas de seguridad quirúrgica reduce significativamente las complicaciones y muertes durante las intervenciones (Megahed, 2024).

El esfuerzo por mejorar la seguridad del paciente también se refleja en el aumento de la colaboración internacional entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y entidades profesionales. Estas alianzas están diseñadas para compartir buenas prácticas, proporcionar capacitación y desarrollar protocolos internacionales que aborden cuestiones comunes de seguridad del paciente, tales como la prevención de infecciones, la gestión adecuada de los medicamentos y la implementación de estrategias de comunicación efectiva entre los profesionales de la salud (Koshy et al., 2024).

Uno de los ámbitos donde la seguridad del paciente es particularmente crítica es el periodo perioperatorio. Durante esta fase, que abarca desde la evaluación preoperatoria hasta la recuperación postoperatoria, el riesgo de complicaciones aumenta debido a la naturaleza invasiva de los procedimientos quirúrgicos. Los estudios realizados por Abood y Kum (2023) subrayan la importancia de una adecuada preparación preoperatoria y de la implementación de protocolos de seguridad durante las intervenciones quirúrgicas para minimizar los riesgos asociados. Estos protocolos incluyen la validación de los antecedentes médicos del paciente, la correcta administración de la anestesia y la evaluación continua durante la operación.

La implementación de checklists perioperatorias ha sido un avance clave para mejorar la seguridad de los pacientes. Estas listas permiten a los profesionales de la salud garantizar que todos los aspectos críticos se hayan revisado antes, durante y después de la cirugía. Un estudio reciente realizado por Morais et al. (2023) encontró que la introducción de una lista



de seguridad perioperatoria en hospitales terciarios aumentó la precisión en la documentación de las intervenciones y redujo el número de eventos adversos relacionados con la cirugía. Las listas de seguridad no solo ayudan a reducir errores, sino que también fomentan la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo quirúrgico, desde los anestesiistas hasta los cirujanos y enfermeros, mejorando así el rendimiento global del equipo.

A pesar de los avances significativos en la mejora de la seguridad del paciente, aún persisten desafíos a nivel global que dificultan su implementación efectiva. En muchos países de bajos y medianos ingresos, la falta de infraestructura adecuada, la escasez de personal capacitado y la falta de recursos financieros son barreras críticas para implementar prácticas de seguridad de calidad. Según Yusuf, Salim y Aziz (2023), la implementación de protocolos de seguridad en estos entornos requiere un enfoque adaptado a las condiciones locales, donde los recursos son limitados. En estos contextos, las organizaciones internacionales, como la OMS, deben proporcionar apoyo adicional, no solo en términos de capacitación, sino también mediante el desarrollo de soluciones innovadoras que puedan adaptarse a entornos con pocos recursos.

Además, la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales de la salud y administradores de hospitales también representa un obstáculo importante. La introducción de nuevos protocolos y tecnologías requiere un esfuerzo constante de sensibilización y formación, que muchas veces es difícil de implementar en contextos con altos niveles de carga laboral y baja motivación del personal (Ely, Ramanan, & Kartman, 2023). Para superar estas barreras, es esencial que se promueva una cultura de seguridad que valore la transparencia, la educación continua y la colaboración multidisciplinaria.



Un componente esencial de la seguridad del paciente es el componente ético, particularmente la responsabilidad ética de los profesionales de la salud para garantizar la seguridad del paciente. Megahed (2024) resalta que los enfermeros y otros profesionales de la salud tienen una responsabilidad ética de abogar por el bienestar del paciente y actuar como vigilantes en la identificación de riesgos potenciales. Esto incluye el uso de whistleblowing o la denuncia de prácticas que comprometan la seguridad del paciente. La ética profesional y la adherencia a los estándares de seguridad son fundamentales para prevenir errores y mejorar la calidad de la atención en todas las etapas del tratamiento.

La seguridad del paciente continúa evolucionando, especialmente con los avances tecnológicos en la atención sanitaria. El uso de tecnologías digitales como la telemedicina y los sistemas electrónicos de registros médicos ha demostrado ser un medio eficaz para mejorar la precisión en la gestión de la información del paciente y reducir los errores médicos (Yang & Gupta, 2023). Las herramientas digitales permiten la recopilación y el acceso rápido a los datos de salud de los pacientes, lo que facilita la toma de decisiones informadas, reduce los riesgos de errores y mejora la continuidad del cuidado.

En resumen, la seguridad del paciente es un desafío global que requiere la colaboración de todos los actores del sistema de salud, desde los gobiernos hasta los profesionales de la salud y las organizaciones internacionales. A lo largo de los años, se han implementado diversas estrategias y protocolos para reducir los riesgos en la atención médica, destacando la importancia de la preparación preoperatoria, la implementación de checklists y la formación continua del personal. Sin embargo, aún persisten barreras significativas en los países con recursos limitados, lo que subraya la necesidad de un enfoque global que aborde las desigualdades y fomente una cultura de seguridad inclusiva. A medida



que avanzamos hacia un futuro con mayor tecnología y mejores prácticas, es esencial seguir priorizando la seguridad del paciente en todas las fases de la atención sanitaria.

4.3 Definición y Principios de Seguridad del Paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles, con el objetivo de minimizar los riesgos durante la atención sanitaria. A nivel mundial, se reconoce que la seguridad del paciente debe ser un componente esencial de los sistemas de salud, involucrando una serie de actividades organizadas que incluyen la creación de culturas, procesos y tecnologías que ayuden a mitigar los riesgos de manera constante. Esta perspectiva amplia es fundamental para reducir errores médicos y los impactos negativos cuando ocurren (Yusuf et al., 2023). La importancia de este enfoque integral radica en la creación de un entorno sanitario seguro, donde la colaboración multidisciplinaria permite identificar y reducir los riesgos, promoviendo la seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

4.4 La Implementación de Protocolos de Seguridad Durante el Período

Perioperatorio

El período perioperatorio es una de las fases más críticas en el cuidado del paciente, ya que abarca las intervenciones clave antes, durante y después de una cirugía. La seguridad del paciente en este período es esencial para evitar complicaciones y mejorar los resultados postquirúrgicos. La atención perioperatoria se divide en tres fases: preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria, y cada una enfrenta desafíos específicos relacionados con la seguridad del paciente. De hecho, la implementación de protocolos de seguridad en estas fases es crucial para garantizar que los procedimientos se realicen de manera eficiente y con el menor riesgo posible (Megahed, 2024).



La fase preoperatoria es fundamental porque establece las condiciones para una intervención quirúrgica exitosa. En esta etapa, el objetivo principal es evaluar el estado general de salud del paciente, considerando factores como antecedentes médicos, comorbilidades, alergias, y factores psicosociales que podrían influir en el procedimiento (Koshy et al., 2024). Además, en esta fase, los enfermeros perioperatorios realizan evaluaciones exhaustivas tanto físicas como emocionales, con el fin de identificar posibles riesgos que puedan complicar la cirugía o el postoperatorio. La evaluación de riesgos también incluye la realización de pruebas diagnósticas y el establecimiento de un plan para la administración adecuada de anestesia y otros tratamientos preoperatorios. Como explica Yusuf et al. (2023), un protocolo de seguridad preoperatorio bien establecido permite una identificación temprana de estos riesgos y ayuda a personalizar el plan quirúrgico de acuerdo con las necesidades del paciente.

Además, en este período, el paciente debe ser informado adecuadamente sobre el procedimiento, las posibles complicaciones y el proceso de recuperación. Esto también incluye la firma del consentimiento informado, una parte crucial del protocolo de seguridad, que asegura que el paciente esté consciente y de acuerdo con el tratamiento (Megahed, 2024). La adecuada preparación emocional y psicológica del paciente, como se indica en investigaciones previas, es también un componente esencial para garantizar que se reduzcan las preocupaciones y el estrés, elementos que pueden influir negativamente en la recuperación postquirúrgica.

La fase transoperatoria, que se lleva a cabo durante la intervención quirúrgica misma, es posiblemente la más compleja y crítica. Durante este tiempo, el equipo quirúrgico, que incluye a cirujanos, anestesistas, enfermeros y otros profesionales de la salud, debe trabajar



de manera extremadamente coordinada para garantizar la seguridad del paciente (Morais et al., 2023). En este contexto, los protocolos de seguridad transoperatorios son fundamentales. Estos protocolos cubren una variedad de aspectos, como la correcta disposición de los equipos y materiales, la administración adecuada de anestesia y la constante monitorización de los signos vitales del paciente. Los checklists quirúrgicos han demostrado ser una herramienta eficaz para reducir errores y garantizar que todas las tareas necesarias sean completadas antes, durante y después de la cirugía. Como se destaca en varios estudios (Abood & Kum, 2023), estos protocolos estandarizados no solo mejoran la eficiencia, sino que también garantizan que no se omitan pasos importantes durante el procedimiento.

Uno de los principales desafíos en la fase transoperatoria es la necesidad de anticipación y preparación continua. Los enfermeros perioperatorios tienen la responsabilidad de prever las necesidades del equipo quirúrgico y de asistir al cirujano durante la operación, lo que requiere habilidades técnicas y una gran capacidad de adaptación (Koshy et al., 2024). Además, el trabajo en equipo durante esta fase es fundamental; los enfermeros deben colaborar estrechamente con anestesistas, cirujanos y otros miembros del equipo para asegurar que el paciente reciba la mejor atención posible.

Una vez más, la implementación de tecnologías de apoyo, como los sistemas de registros electrónicos y las herramientas de monitorización avanzadas, ha mejorado significativamente la seguridad en esta fase. El uso de tecnologías permite una recopilación y acceso inmediato a la información del paciente, reduciendo así los errores humanos y mejorando la eficiencia del equipo (Yang & Gupta, 2023).

La fase postoperatoria es crucial para garantizar que el paciente se recupere sin complicaciones y que cualquier complicación potencial se detecte de inmediato. En este



período, el monitoreo continuo de los signos vitales, el control del dolor y la prevención de infecciones son esenciales para una recuperación segura. Según Abood y Kum (2023), una de las principales prioridades en esta fase es la evaluación continua de las condiciones del paciente, lo que incluye la gestión de las vías respiratorias, la administración de líquidos y el control de la presión arterial. El personal de enfermería juega un papel central en el seguimiento de estas intervenciones y en la identificación temprana de posibles complicaciones, como infecciones o reacciones adversas a los medicamentos.

Uno de los aspectos fundamentales en la fase postoperatoria es la documentación precisa y oportuna. Según Yusuf et al. (2023), la documentación precisa de todos los cuidados y procedimientos realizados durante el postoperatorio es crucial para garantizar la continuidad del cuidado y para proporcionar la base para la toma de decisiones posteriores. Los enfermeros deben registrar de manera exhaustiva cada intervención realizada, así como los resultados de las evaluaciones de signos vitales y los niveles de dolor del paciente. Esto también facilita la coordinación entre diferentes profesionales de la salud y garantiza que cualquier complicación sea identificada rápidamente y manejada de manera adecuada.

La implementación de protocolos de seguridad en cada fase del período perioperatorio es fundamental para reducir los riesgos y mejorar los resultados para el paciente. Durante la fase preoperatoria, las evaluaciones exhaustivas y la preparación emocional son esenciales para establecer las condiciones necesarias para la cirugía. En la fase transoperatoria, los protocolos de seguridad y el trabajo coordinado entre los miembros del equipo quirúrgico garantizan que la cirugía se realice de manera eficiente y sin complicaciones. Finalmente, en la fase postoperatoria, el monitoreo continuo y la documentación precisa permiten detectar y tratar cualquier complicación antes de que se



convierta en un riesgo grave para la salud del paciente. Estos protocolos no solo mejoran la seguridad del paciente, sino que también optimizan la eficiencia de todo el proceso quirúrgico, contribuyendo al éxito de la cirugía y a la recuperación rápida y segura del paciente.

4.5 Educación y Capacitación en Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es una prioridad en la atención quirúrgica y perioperatoria, y su éxito no solo depende de la implementación de protocolos y normas de seguridad, sino también de la educación y capacitación continua del personal de enfermería. Este enfoque integral es esencial para garantizar que los profesionales estén equipados con los conocimientos más recientes, habilidades técnicas y capacidades para identificar, abordar y prevenir los riesgos durante cada fase del proceso quirúrgico. A lo largo de las últimas décadas, se ha demostrado que una capacitación adecuada mejora significativamente los resultados de seguridad y minimiza la probabilidad de eventos adversos, convirtiendo la educación en un pilar fundamental de la atención sanitaria moderna (Morais et al., 2023).

La capacitación continua en seguridad del paciente es un proceso que debe estar presente durante toda la carrera profesional de los enfermeros, desde su formación inicial hasta su desarrollo profesional a lo largo de los años. Esta formación no solo se limita a los conocimientos técnicos, sino que también abarca aspectos éticos, como la identificación de riesgos y la responsabilidad de los enfermeros para reportarlos de manera adecuada. Según Abood y Kum (2023), la capacitación en protocolos de seguridad, como los relacionados con la prevención de infecciones y la administración segura de medicamentos, son cruciales para el éxito de los cuidados perioperatorios. De acuerdo con los estándares actuales de la práctica,



los profesionales de enfermería deben estar actualizados sobre las mejores prácticas y sobre el manejo adecuado de los equipos y tecnologías utilizadas durante la cirugía.

Además de los aspectos técnicos, la capacitación continua también fomenta una cultura de seguridad, donde cada miembro del equipo se siente responsable de la seguridad del paciente y está motivado para detectar y prevenir riesgos. Este enfoque ayuda a integrar los protocolos de seguridad en las prácticas diarias de los profesionales de la salud, promoviendo un entorno donde la seguridad es una prioridad para todos. La educación en seguridad del paciente es especialmente relevante en el período perioperatorio, donde la complejidad de las intervenciones quirúrgicas y la multiplicidad de tareas demandan una atención precisa y coordinada (Yusuf et al., 2023).

La educación no solo es clave para mantener a los profesionales al tanto de las nuevas investigaciones y procedimientos, sino también para implementar protocolos de seguridad eficaces en las distintas fases del proceso quirúrgico. Durante la fase preoperatoria, por ejemplo, se requiere que los profesionales sean capaces de identificar los riesgos potenciales del paciente, como las comorbilidades y las alergias. Según Morais et al. (2023), la capacitación en esta fase debe incluir la educación sobre las herramientas necesarias para realizar una evaluación exhaustiva, que permita determinar con precisión el riesgo quirúrgico, minimizando las complicaciones posteriores. La educación en esta etapa debe enfatizar la importancia de la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud para asegurar que toda la información crítica se comparta adecuadamente.

Por otro lado, durante la fase transoperatoria, donde se lleva a cabo la cirugía, la capacitación juega un papel crucial al asegurar que el personal de enfermería esté al tanto de las mejores prácticas para manejar los equipos, asistir en la intervención quirúrgica y



gestionar la anestesia de manera segura. Según Koshy et al. (2024), la formación debe incluir el conocimiento sobre los procedimientos quirúrgicos más recientes, así como los protocolos para la prevención de infecciones y el control de hemorragias. La capacitación adecuada en esta fase asegura que el equipo de enfermería pueda anticipar y reaccionar ante cualquier complicación, reduciendo significativamente los riesgos para el paciente. Además, la comunicación continua entre los enfermeros, anestesistas y cirujanos es vital, y esta habilidad también se cultiva a través de la capacitación.

La fase postoperatoria no es menos importante en términos de seguridad del paciente, ya que durante esta etapa se realiza un seguimiento cercano para detectar complicaciones potenciales como infecciones o reacciones adversas a la anestesia. En este contexto, la educación continua sobre monitoreo y manejo del dolor es esencial. Según Yang y Gupta (2023), los enfermeros perioperatorios deben estar formados para manejar de manera efectiva las herramientas de monitoreo de signos vitales y realizar una evaluación adecuada del dolor, lo que contribuye a una recuperación más rápida y sin complicaciones. La formación en el manejo de equipos de monitoreo avanzado y en la administración de medicamentos intravenosos también es crucial, ya que durante esta fase se administran tratamientos que pueden tener efectos adversos si no se manejan adecuadamente.

Una de las principales ventajas de la capacitación en seguridad del paciente es su capacidad para prevenir errores médicos. En el ámbito perioperatorio, donde el margen de error es mínimo y las consecuencias pueden ser graves, contar con personal altamente capacitado reduce significativamente la posibilidad de eventos adversos. Según Abood y Kum (2023), los errores en la administración de medicamentos o la mala interpretación de los signos vitales pueden tener consecuencias devastadoras para el paciente. Sin embargo,



una educación sólida y continua sobre protocolos de seguridad y prácticas de monitoreo puede ayudar a evitar estos errores, mejorando la seguridad en cada una de las fases del cuidado perioperatorio.

Además, la capacitación constante en actualización de normas y tecnologías innovadoras es crucial para mantener una atención quirúrgica moderna y eficiente. En el contexto de las nuevas tecnologías, como los registros electrónicos de salud y los sistemas de monitoreo avanzado, la capacitación en el uso adecuado de estas herramientas es fundamental para garantizar que el personal de enfermería pueda aprovechar estas innovaciones para mejorar la seguridad del paciente. Loani et al. (2024) destacan que, en el contexto perioperatorio, el uso adecuado de tecnología, como las alertas electrónicas para la administración de medicamentos y el seguimiento de signos vitales, puede prevenir muchos errores que de otro modo podrían haber resultado en complicaciones graves para el paciente.

La creación de una cultura de seguridad dentro de las instituciones de salud también depende de la educación constante del personal. Una cultura de seguridad implica que cada miembro del equipo de salud, desde los enfermeros hasta los cirujanos y anestesistas, tenga la responsabilidad de priorizar la seguridad del paciente en todas las decisiones clínicas. Según Yusuf et al. (2023), los programas de capacitación deben fomentar este sentido de responsabilidad compartida, donde todos los profesionales se sientan empoderados para identificar y comunicar riesgos potenciales. La educación en esta área debe incluir no solo las habilidades técnicas, sino también los aspectos de trabajo en equipo, comunicación efectiva y gestión de conflictos.

La seguridad del paciente en el período perioperatorio depende no solo de la implementación de protocolos y la estandarización de procedimientos, sino también de la



educación continua del personal de enfermería. La capacitación en este campo garantiza que los enfermeros estén bien equipados con los conocimientos y habilidades necesarios para detectar y gestionar riesgos en cada fase del proceso quirúrgico. Además, al fomentar una cultura de seguridad, los profesionales no solo mejoran su desempeño individual, sino que también contribuyen a la creación de un entorno seguro y eficiente para el paciente. El trabajo en equipo y la actualización constante en tecnologías y mejores prácticas son claves para garantizar que la seguridad del paciente sea una prioridad a lo largo de todo el proceso perioperatorio.

4.6 La Documentación Como Herramienta de Seguridad

La correcta documentación de los cuidados perioperatorios es una de las herramientas más cruciales para garantizar la seguridad del paciente. Un registro adecuado y estandarizado permite a los profesionales de salud seguir de manera precisa la evolución del paciente y facilita una mejor coordinación entre los miembros del equipo multidisciplinario, lo que resulta en una atención más eficiente y segura (Morais et al., 2023). La documentación precisa no solo ofrece una visión clara del estado del paciente en cada fase del proceso quirúrgico, sino que también ayuda a reducir el riesgo de errores médicos al asegurar que toda la información relevante esté disponible para los profesionales que participan en el cuidado. Como señala Megahed (2024), la correcta gestión de estos registros permite tomar decisiones informadas y fundamentadas, lo que contribuye significativamente a la mejora de la calidad del cuidado perioperatorio.

La estandarización en la documentación es clave para la seguridad del paciente, ya que facilita la comunicación efectiva entre el personal sanitario, eliminando las ambigüedades y asegurando que todos los miembros del equipo tengan acceso a la misma



información precisa y actualizada (Loani et al., 2024). Esta uniformidad permite que las intervenciones de enfermería y la toma de decisiones médicas sean coherentes a lo largo de todas las etapas del proceso quirúrgico, desde la fase preoperatoria hasta la postoperatoria. La documentación clara y estructurada asegura que los profesionales de la salud puedan coordinar sus esfuerzos de manera eficiente, evitando confusiones que podrían derivar en complicaciones para el paciente.

En la práctica perioperatoria, los enfermeros juegan un rol esencial en la recopilación y registro de datos sobre la condición del paciente, incluyendo la valoración de signos vitales, respuestas a medicamentos y cualquier signo de complicación. La integración de registros estandarizados, tal como lo proponen Morais et al. (2023), no solo ayuda en la planificación de los cuidados, sino que también contribuye a la implementación de estrategias preventivas, como el control de infecciones y la gestión del dolor. En este contexto, la educación continua del personal sobre cómo documentar adecuadamente es esencial para asegurar que todos los aspectos del cuidado del paciente sean registrados de forma coherente.

La implementación de tecnologías digitales en la documentación de los cuidados perioperatorios ha supuesto un avance significativo en la mejora de la precisión y eficiencia en el seguimiento del paciente. Según Megahed (2024), los registros electrónicos permiten el acceso rápido y seguro a la información del paciente, lo cual es crucial en un entorno quirúrgico donde cada segundo es valioso. Los sistemas de registros electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) proporcionan una plataforma que permite la actualización en tiempo real de los datos del paciente, reduciendo el riesgo de errores relacionados con la transcripción de información y mejorando la capacidad de los profesionales para tomar decisiones rápidas basadas en datos precisos.



Además de la mejora en la eficiencia, los registros digitales facilitan la recopilación de datos que pueden ser utilizados para evaluar y mejorar las prácticas quirúrgicas y de enfermería a lo largo del tiempo. Las herramientas de análisis de datos permiten identificar patrones y áreas que requieren mejora, lo que contribuye a la implementación de estrategias de mejora continua en la calidad de la atención. Según Koshy et al. (2024), la tecnología digital también juega un papel crucial en la mejora de la gestión de riesgos durante el período perioperatorio, ya que las alertas automáticas y los recordatorios programados pueden ayudar a prevenir incidentes como la administración errónea de medicamentos o la omisión de pasos cruciales en los procedimientos quirúrgicos.

A pesar de los avances en la tecnología, la documentación del cuidado perioperatorio sigue siendo una tarea desafiante. Abood y Kum (2023) subrayan que la precisión en la documentación es especialmente importante para el seguimiento postoperatorio, cuando el monitoreo constante del paciente es esencial para detectar y abordar cualquier complicación antes de que se convierta en un problema grave. Durante esta fase, la documentación detallada sobre la administración de medicamentos, la evolución del dolor y la observación de signos vitales es crucial. Los enfermeros deben ser meticulosos al registrar cada detalle, ya que cualquier omisión puede afectar la toma de decisiones médicas y la planificación de los cuidados posteriores.

Además, Yusuf et al. (2023) argumentan que el proceso de documentación no siempre se lleva a cabo de manera estandarizada entre los diferentes profesionales de salud, lo que puede llevar a la fragmentación de la información y aumentar el riesgo de errores. A pesar de la implementación de sistemas electrónicos de salud, aún existen variaciones en la manera en que los datos son registrados y compartidos, lo que plantea un desafío significativo para



la seguridad del paciente. La capacitación continua y la creación de protocolos claros para la documentación son esenciales para minimizar estos riesgos y mejorar la consistencia en los registros.

Una de las funciones más cruciales de la documentación precisa y estandarizada es la prevención de errores médicos. Según Yang y Gupta (2023), la correcta documentación en el período perioperatorio puede prevenir errores relacionados con la administración de medicamentos, el control de infecciones y la identificación temprana de complicaciones. La documentación de todos los procedimientos y cuidados brindados permite un seguimiento adecuado de la evolución del paciente, lo que facilita la toma de decisiones informadas en tiempo real.

La documentación también juega un papel clave en la prevención de eventos adversos, ya que proporciona una base sólida para evaluar la eficacia de los tratamientos y la intervención temprana en caso de complicaciones. Como señala Rossini et al. (2023), la estandarización de los registros y el uso de sistemas de salud electrónicos permiten un rastreo más efectivo de los pacientes a lo largo del proceso quirúrgico, asegurando que todas las etapas, desde la evaluación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio, estén debidamente documentadas y sean accesibles para el equipo de atención médica.

En conclusión, la documentación precisa, estandarizada y digitalizada de los cuidados perioperatorios es esencial para garantizar la seguridad del paciente y mejorar los resultados quirúrgicos. La implementación de registros electrónicos ha transformado la manera en que se recopilan, gestionan y comunican los datos de los pacientes, mejorando la eficiencia y reduciendo los errores. Sin embargo, a pesar de los avances tecnológicos, la capacitación continua del personal de enfermería es crucial para asegurar que los protocolos de



documentación sean seguidos adecuadamente. Con el uso de tecnologías adecuadas, una formación rigurosa y un enfoque multidisciplinario, se puede mejorar significativamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención quirúrgica.

Capítulo 5. Innovación y Mejora Continua en los Registros Clínicos de Enfermería Perioperatoria

5.1 Integración de Tecnología en los Registros Clínicos

5.1.1 Digitalización y Sistemas de Registros Electrónicos

La implementación de la tecnología en los registros clínicos ha cambiado significativamente la forma en que los profesionales de enfermería documentan la información, especialmente en entornos perioperatorios. Este proceso de digitalización ha optimizado la gestión de la información clínica, mejorando la calidad y la accesibilidad de los datos, lo cual es crucial en el cuidado perioperatorio donde se requiere una monitorización constante y una rápida toma de decisiones. La integración de herramientas tecnológicas ha mostrado un impacto positivo en la eficiencia de los registros clínicos, reduciendo errores en la documentación y facilitando el acceso a la información por parte de los equipos médicos y de enfermería (Ruiz, 2023).

Un aspecto clave en la digitalización es el uso de sistemas de registros electrónicos de salud (EHR, por sus siglas en inglés), que han sustituido gradualmente a los registros en papel. Estos sistemas permiten a los profesionales de la salud registrar, almacenar y compartir datos de forma más eficiente y segura. Torres-Gómez et al. (2023) señalan que la adopción de registros electrónicos en un hospital público en Tabasco ha mejorado el cumplimiento de los estándares de calidad en la documentación clínica. En un estudio realizado en dicho hospital, la implementación de un sistema digital permitió alcanzar un 81.2% de



cumplimiento en la calidad de los registros, lo que demuestra una mejora significativa en comparación con los métodos tradicionales. Este avance es particularmente relevante en áreas críticas como la cirugía y la traumatología, donde la precisión y la rapidez son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente. Sin embargo, aún existen desafíos que deben ser superados, como la capacitación del personal en el uso de estas herramientas y la adaptación a los cambios en los procesos de trabajo.

La adopción de registros electrónicos facilita una documentación más estructurada y completa, lo que contribuye a la mejora continua en la calidad de la atención. Ruiz (2023) menciona que la digitalización de los registros clínicos no solo permite documentar de manera más eficiente, sino que también facilita la continuidad del cuidado al proporcionar un acceso inmediato a los antecedentes del paciente y al plan de tratamiento. En el contexto perioperatorio, esta accesibilidad es esencial para planificar adecuadamente las intervenciones y monitorear la evolución del paciente en cada etapa del proceso quirúrgico. Además, la posibilidad de acceder a la información en tiempo real reduce los tiempos de espera y permite al personal de enfermería responder con mayor rapidez ante cualquier complicación, lo que resulta en una mejora significativa de los resultados clínicos.

A pesar de los beneficios mencionados, la integración de la tecnología en los registros clínicos también presenta desafíos importantes. Uno de los más destacados es la resistencia al cambio por parte del personal de salud, especialmente en instituciones con una larga tradición de documentación en papel. Torres-Gómez et al. (2023) subrayan que, en la adopción de sistemas electrónicos, es común encontrar reticencias debido a la percepción de que la digitalización aumenta la carga de trabajo. Esta resistencia se ve exacerbada cuando el personal no recibe la capacitación adecuada para utilizar las nuevas herramientas, lo que



puede llevar a errores en la documentación y afectar la calidad del registro clínico. Por ello, es fundamental que los hospitales inviertan en programas de formación continua que incluyan el uso de tecnologías digitales y la adaptación a los nuevos sistemas.

5.1.2 Uso de Inteligencia Artificial y Análisis de Datos

Otro aspecto relevante en la integración tecnológica es el uso de la inteligencia artificial (IA) para el análisis de datos en los registros clínicos perioperatorios. La IA ha emergido como una herramienta poderosa para mejorar la precisión en la documentación y prever posibles complicaciones en los pacientes. Araújo-Girão et al. (2020) afirman que el uso de la inteligencia artificial permite analizar grandes volúmenes de datos para identificar patrones y tendencias que pueden pasar desapercibidos con los métodos tradicionales. Por ejemplo, algoritmos de IA pueden evaluar los signos vitales y otros indicadores clínicos en tiempo real, alertando al personal de enfermería sobre cambios potencialmente peligrosos en el estado del paciente. Esta capacidad de respuesta temprana es crucial para mejorar los resultados clínicos y reducir la incidencia de complicaciones postoperatorias.

El análisis predictivo basado en IA también puede optimizar la asignación de recursos en el entorno perioperatorio. Ruiz (2023) indica que, al utilizar sistemas de análisis avanzados, los hospitales pueden priorizar la atención de los pacientes de alto riesgo, lo que resulta en una gestión más eficiente de los recursos disponibles. Sin embargo, la implementación de IA en la práctica clínica requiere una inversión considerable en infraestructura tecnológica y capacitación del personal, lo cual puede representar un desafío para hospitales de segundo nivel con presupuestos limitados. La incorporación de estas tecnologías emergentes debe ir acompañada de estrategias de financiamiento adecuadas para garantizar su sostenibilidad.



5.1.3 Tecnología Portátil y Dispositivos Médicos Conectados

Además de la inteligencia artificial, la tecnología portátil y los dispositivos conectados han transformado la forma en que se realizan los registros clínicos. Herramientas como monitores de signos vitales portátiles y dispositivos de registro automático permiten la recopilación de datos en tiempo real, lo que optimiza la eficiencia en la documentación y mejora la precisión en la monitorización del paciente perioperatorio. Estos dispositivos conectados pueden integrarse directamente con los sistemas de registros electrónicos, facilitando que el personal de enfermería acceda a información actualizada al instante. Según Ruiz (2023), el uso de dispositivos conectados no solo mejora la calidad de la atención, sino que también reduce la carga de trabajo administrativo al automatizar tareas rutinarias que anteriormente se realizaban de manera manual.

La implementación de dispositivos médicos conectados también ofrece la posibilidad de realizar un seguimiento continuo y detallado del estado del paciente, lo que es especialmente beneficioso en el contexto perioperatorio. La integración de datos de múltiples dispositivos en tiempo real permite una mejor coordinación del cuidado y asegura que el equipo de salud tenga una visión completa de la condición del paciente en cualquier momento. Sin embargo, para que esta integración sea efectiva, es necesario establecer estándares de interoperabilidad entre los diferentes dispositivos y sistemas, lo cual sigue siendo un desafío en muchos entornos hospitalarios.

Por otro lado, la digitalización de los registros clínicos plantea preocupaciones en torno a la protección de la privacidad y la confidencialidad de los datos. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2024) destaca que la implementación de sistemas digitales aumenta el riesgo de accesos no autorizados o la pérdida de información



debido a fallos en los sistemas. La seguridad de los datos es un aspecto crítico, ya que una violación de la confidencialidad puede tener implicaciones legales para las instituciones de salud y comprometer la seguridad del paciente. Por lo tanto, es esencial que los hospitales establezcan políticas estrictas de ciberseguridad y proporcionen capacitación en la protección de datos a todo el personal. Medidas como la autenticación de múltiples factores y el cifrado de la información pueden ayudar a mitigar estos riesgos y garantizar la seguridad de los registros electrónicos.

En resumen, la integración de la tecnología en los registros clínicos de enfermería perioperatoria ha mostrado ser un avance significativo en la mejora de la calidad de la documentación y la eficiencia de la atención. Sin embargo, su éxito depende de una implementación adecuada que contemple la capacitación del personal, la inversión en infraestructura tecnológica y la adopción de medidas de seguridad para proteger la información del paciente. La transformación digital en la enfermería representa una oportunidad para optimizar la atención en los hospitales de segundo nivel, siempre y cuando se aborden los desafíos asociados con la adaptación a nuevas tecnologías y la mejora continua de los procesos.

5.2 Capacitación y Formación Continua del Personal de Enfermería

5.2.1 Educación en Competencias Digitales

La formación continua y la capacitación del personal de enfermería son elementos fundamentales para mejorar la calidad de la atención en el ámbito perioperatorio. La actualización constante en competencias clínicas y tecnológicas asegura que los profesionales de enfermería mantengan habilidades relevantes y adecuadas para enfrentar los desafíos presentes en un entorno de cuidados complejos y en constante evolución. La



necesidad de educación continua en enfermería es especialmente relevante debido al rápido avance de la tecnología médica y a los cambios en los procedimientos quirúrgicos, los cuales requieren que el personal esté preparado para utilizar nuevos equipos y adoptar prácticas basadas en la mejor evidencia disponible (Andrade-Pizarro et al., 2023).

La integración de la tecnología en el ámbito sanitario ha llevado a que la formación en competencias digitales sea una prioridad. Los programas de educación continua que se enfocan en el uso de herramientas digitales, sistemas de información y dispositivos médicos avanzados permiten que el personal de enfermería documente con precisión y acceda a información crucial en tiempo real. Según Andrade-Pizarro et al. (2023), la capacitación en el uso de plataformas digitales no solo mejora la calidad de los registros clínicos, sino que también optimiza la coordinación en la atención al facilitar la comunicación entre los distintos miembros del equipo de salud. La educación en competencias digitales incluye el manejo de registros electrónicos, el uso de aplicaciones móviles para la monitorización de pacientes y el aprovechamiento de la inteligencia artificial para el análisis de datos, aspectos que contribuyen a la toma de decisiones clínicas más informadas.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (2024), se ha observado que la capacitación en tecnología digital mejora significativamente la eficiencia en la documentación de procesos perioperatorios, reduciendo la incidencia de errores relacionados con la omisión de datos y mejorando la precisión en la monitorización de los pacientes. La implementación de estos programas de formación ha permitido que el personal se familiarice con los últimos avances en dispositivos conectados y software de gestión clínica, lo que ha sido clave para garantizar la continuidad y seguridad en la atención perioperatoria (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, 2024).



5.2.2 Simulaciones y Entrenamiento en Entorno Perioperatorio

La simulación clínica es una metodología ampliamente utilizada en la formación de personal de enfermería para mejorar la respuesta en situaciones críticas. Las simulaciones permiten que los profesionales practiquen en un entorno seguro y controlado, donde pueden experimentar escenarios de alta presión que simulan condiciones perioperatorias. Requelme-Jaramillo et al. (2023) señalan que el uso de simulaciones facilita la adquisición de competencias prácticas esenciales y la familiarización con equipos y procedimientos específicos, lo cual reduce los riesgos asociados con la falta de experiencia en situaciones reales.

La simulación no solo es beneficiosa para el desarrollo de habilidades técnicas, sino también para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo. En contextos quirúrgicos, la coordinación efectiva entre enfermeros y otros profesionales de la salud es crucial para garantizar la seguridad del paciente. Bambrilla et al. (2024) destacan que las simulaciones basadas en escenarios colaborativos permiten que los participantes aprendan a manejar situaciones críticas, como la administración de anestesia o la respuesta a complicaciones intraoperatorias, lo cual mejora la confianza y la capacidad de respuesta del equipo de salud.

En el contexto perioperatorio, los entrenamientos específicos en simulación incluyen la gestión de emergencias quirúrgicas, la monitorización de signos vitales y la implementación de técnicas para la reducción del estrés preoperatorio. La preparación de los pacientes para el procedimiento quirúrgico implica un enfoque integral que abarca la orientación, la evaluación y la estabilización previa a la intervención. Según Andrade-Pizarro et al. (2023), el uso de simulaciones para recrear estas situaciones ha demostrado ser efectivo para reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias y mejorar la recuperación del



paciente, gracias a que los profesionales están mejor preparados para actuar con rapidez y precisión ante cualquier eventualidad.

5.2.3 Impacto de la Formación Continua en la Calidad de la Documentación

La capacitación constante en habilidades clínicas y el uso de tecnología médica impacta directamente en la calidad de los registros clínicos y la atención al paciente. Un estudio realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca mostró que la capacitación continua de los enfermeros en el uso de herramientas tecnológicas mejoró la precisión de los registros en un 20%, lo que refleja una disminución en los errores de documentación y un incremento en la exactitud de la información recopilada (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, 2024). Estos resultados subrayan la importancia de la formación como un componente esencial para asegurar la calidad en la práctica de la enfermería perioperatoria.

Por su parte, Requelme-Jaramillo et al. (2023) argumentan que la educación continua es crucial para garantizar que el personal de enfermería no solo mantenga sus competencias clínicas, sino que también desarrolle habilidades de liderazgo y gestión que son necesarias para mejorar la calidad de los cuidados. La actualización regular de conocimientos permite que los enfermeros se adapten rápidamente a los cambios en las normativas de salud, los protocolos clínicos y las innovaciones tecnológicas, lo que resulta en una mejor capacidad para proporcionar cuidados basados en la evidencia y ajustados a las necesidades del paciente.

5.2.4 Programas de Formación Basados en Necesidades Institucionales

La educación continua debe ser planificada de acuerdo con las necesidades específicas de cada institución de salud y ajustada a los desafíos particulares que enfrentan



los profesionales en el entorno perioperatorio. Andrade-Pizarro et al. (2023) señalan que la formación en enfermería debe estar orientada a abordar áreas críticas, como la gestión de comorbilidades en pacientes quirúrgicos, el manejo del dolor postoperatorio y la prevención de infecciones. Los programas educativos que se diseñan con base en estas necesidades no solo aumentan la eficacia en la atención, sino que también promueven una cultura de mejora continua en la práctica clínica.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, la implementación de programas de formación anuales ha resultado en un aumento significativo en la competencia del personal para manejar casos complejos en cirugía y anestesia. Estos programas incluyen talleres de actualización en técnicas quirúrgicas, seminarios sobre nuevas tecnologías y cursos en gestión de riesgos. La formación se complementa con auditorías periódicas que evalúan la calidad de la documentación y la adherencia a los protocolos establecidos, lo cual garantiza que los estándares de atención se mantengan altos y se ajusten continuamente a las mejores prácticas (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, 2024).

5.2.5 Retos en la Implementación de la Educación Continua

A pesar de los beneficios de la formación continua, la implementación de programas educativos en enfermería enfrenta ciertos desafíos. Andrade-Pizarro et al. (2023) señalan que la falta de recursos, tanto financieros como de personal, puede limitar la capacidad de las instituciones para ofrecer capacitación de alta calidad de forma regular. Además, la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales puede obstaculizar la adopción de nuevas tecnologías y prácticas clínicas actualizadas.

Bambrilla et al. (2024) mencionan que la falta de tiempo para que los enfermeros participen en actividades formativas, debido a las demandas laborales y la escasez de



personal, es otro obstáculo común. Para superar estos desafíos, es necesario que las instituciones de salud diseñen estrategias que faciliten el acceso a la educación continua, como la implementación de plataformas de aprendizaje en línea, la oferta de cursos modulares que se puedan completar a conveniencia y la asignación de horarios específicos para la formación (Bambrilla et al., 2024).

La capacitación y formación continua del personal de enfermería son fundamentales para asegurar la calidad de la atención en el entorno perioperatorio, donde la precisión en la ejecución de los cuidados y la correcta documentación de los procedimientos son cruciales para la seguridad del paciente. La atención en este ámbito implica la realización de múltiples intervenciones complejas y de alto riesgo, por lo que los profesionales deben estar adecuadamente formados para enfrentarse a situaciones cambiantes y de emergencia. En este contexto, la educación continua permite no solo actualizar los conocimientos técnicos, sino también fomentar una actitud proactiva hacia la mejora continua y la adquisición de nuevas competencias (Andrade-Pizarro et al., 2023).

La educación en competencias digitales es uno de los pilares más importantes en la formación de los enfermeros, ya que la digitalización de los sistemas de salud ha transformado la forma en que se registran, almacenan y comparten los datos clínicos. El manejo adecuado de herramientas digitales, como los registros electrónicos de salud, los dispositivos médicos conectados y las aplicaciones de monitoreo remoto, es esencial para garantizar que la información sobre el estado del paciente sea precisa, accesible y oportuna. La formación en el uso de estas tecnologías no solo mejora la calidad de la documentación, sino que también permite una mejor coordinación de los cuidados, facilitando la



comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud y asegurando que se sigan los protocolos adecuados (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, 2024).

El uso de simulaciones para el entrenamiento clínico ha demostrado ser una herramienta efectiva en la educación de los enfermeros, especialmente en entornos perioperatorios donde la experiencia práctica y la rapidez en la toma de decisiones son clave. La simulación permite recrear escenarios realistas en los que los profesionales pueden practicar sus habilidades en un ambiente controlado, sin el riesgo de comprometer la seguridad del paciente. Este tipo de entrenamiento contribuye a mejorar la capacidad de los enfermeros para manejar emergencias quirúrgicas, gestionar complicaciones inesperadas y responder de manera efectiva ante situaciones críticas. Además, la simulación favorece la adquisición de competencias no técnicas, como la comunicación, el trabajo en equipo y la gestión del estrés, aspectos esenciales para el éxito en la práctica perioperatoria (Requelme-Jaramillo et al., 2023).

La planificación de programas formativos debe basarse en las necesidades específicas de cada institución de salud, teniendo en cuenta los retos particulares que enfrenta el personal de enfermería. Esto implica identificar áreas críticas que requieren fortalecimiento, como el manejo del dolor postoperatorio, la prevención de infecciones y la gestión de comorbilidades. La formación debe ser continua y flexible, adaptándose a los cambios en las normativas de salud y las innovaciones tecnológicas. De esta manera, se garantiza que los profesionales estén siempre actualizados y preparados para proporcionar cuidados de alta calidad (Andrade-Pizarro et al., 2023).

Sin embargo, la implementación exitosa de estos programas educativos enfrenta desafíos importantes, como la disponibilidad limitada de recursos, tanto financieros como



humanos. La resistencia al cambio por el personal también puede ser un obstáculo significativo, especialmente en instituciones donde no se ha promovido una cultura de aprendizaje continuo. Por ello, es fundamental que las instituciones de salud desarrollen estrategias para superar estos retos, tales como la asignación de horarios específicos para la formación, el uso de plataformas de aprendizaje en línea y la integración de la educación continua en las políticas organizacionales. Esto subraya la importancia de una planificación estratégica y el compromiso institucional en el desarrollo profesional del personal de salud, garantizando así una atención segura, efectiva y centrada en el paciente (Bambrilla et al., 2024).

En resumen, la formación continua es una inversión crucial que permite a los enfermeros adaptarse a un entorno dinámico y tecnológicamente avanzado, asegurando que se mantengan al día con las mejores prácticas y los estándares de calidad más exigentes en el cuidado perioperatorio (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, 2024).

Capítulo 6. Técnicas de Validación de Instrumentos

La validación de instrumentos en la investigación es un proceso esencial para garantizar que los datos recolectados sean confiables, precisos y útiles para la toma de decisiones en cualquier campo, y más aún en la salud, donde la información exacta puede influir directamente en el bienestar de los pacientes. Esta práctica es indispensable para asegurar que los instrumentos de medición cumplan con los objetivos para los que fueron diseñados, y que sus resultados puedan ser replicados con consistencia en diferentes contextos (González y Bermeo, 2024).

En la investigación científica, el propósito de la validación es confirmar que un instrumento mide con precisión lo que pretende medir, lo que implica un análisis profundo



de su contenido, estructura, y la forma en que se interpreta la información obtenida. Sin una validación adecuada, los datos recolectados pueden ser inexactos o sesgados, lo que afectaría la calidad y relevancia de los resultados, y por lo tanto, la efectividad de las decisiones que se tomen a partir de ellos. En el campo de la salud, esta necesidad se intensifica, dado que los resultados incorrectos o imprecisos pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes (González y Bermeo, 2024).

Uno de los métodos más comunes y confiables de validación es el juicio de expertos. Este proceso involucra a profesionales con experiencia en el área de estudio, quienes revisan y evalúan la pertinencia, coherencia y relevancia de los elementos que componen el instrumento. Los expertos proporcionan una evaluación crítica sobre si el instrumento mide lo que se propone medir y si es aplicable en diversas situaciones dentro del campo de estudio. En el caso de la salud, los expertos pueden ser médicos, enfermeros, y otros profesionales relacionados con la atención perioperatoria, quienes ayudan a asegurar que el instrumento se ajuste a las necesidades prácticas y teóricas del ámbito de la salud (Rodríguez et al., 2021).

El juicio de expertos es un proceso altamente valorado por su capacidad para aportar validez de contenido a los instrumentos de medición. A través de este enfoque, los expertos no solo validan los ítems del instrumento, sino que también proporcionan sugerencias para mejorar la claridad y la aplicabilidad de las preguntas o categorías incluidas en la medición. Es crucial que el juicio de expertos se realice de manera sistemática, involucrando a un panel diverso de profesionales para reducir el sesgo y aumentar la robustez de la validación (Landaeta y Universidad Privada San Francisco de Asís, 2024).

En el contexto de la salud, especialmente en la enfermería perioperatoria, la validación de los registros clínicos tiene una implicación directa en la calidad de la atención.



Los registros bien diseñados permiten un seguimiento detallado de la evolución del paciente, lo cual es crucial para detectar complicaciones de manera temprana y tomar decisiones informadas. En el caso de un hospital de segundo nivel, contar con instrumentos de medición validados es fundamental para coordinar la atención entre los diferentes profesionales del equipo de salud, ya que estos registros aseguran que todos estén trabajando con la misma información precisa y actualizada. Esto no solo mejora la calidad de la atención, sino que también reduce el riesgo de errores médicos y mejora los resultados de la cirugía y el postoperatorio (González y Bermeo, 2024).

La técnica de validación por juicio de expertos es particularmente útil en el diseño de una hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria porque permite a los profesionales involucrados en la atención directa del paciente proporcionar retroalimentación práctica sobre los aspectos más relevantes del proceso quirúrgico. A través de este enfoque, se pueden identificar los datos que realmente son necesarios para monitorear la salud del paciente antes, durante y después de la cirugía, garantizando que la hoja de registro sea funcional y útil en todas las fases del proceso perioperatorio (Morais et al., 2023).

Además de la validación por juicio de expertos, existen otras técnicas que pueden ser complementarias, como la validación por criterios estadísticos y la validación empírica. La validación estadística se enfoca en evaluar la confiabilidad del instrumento, midiendo su capacidad para obtener resultados consistentes a lo largo del tiempo. Este tipo de validación es especialmente útil en la evaluación de herramientas que se utilizarán repetidamente, como los registros clínicos de enfermería perioperatoria. Por su parte, la validación empírica se basa en la aplicación práctica del instrumento, permitiendo que los datos recolectados se



comparen con situaciones del mundo real, y que se identifiquen áreas de mejora a medida que el instrumento se utiliza en la práctica clínica (Abood y Kum, 2023).

Es fundamental reconocer que la validación de un instrumento no es un proceso único, sino que debe llevarse a cabo de manera continua a lo largo del tiempo. A medida que los protocolos y prácticas en la atención perioperatoria evolucionan, también deben hacerlo los instrumentos de medición, para asegurar que continúan siendo útiles y relevantes. Por lo tanto, la actualización constante de los instrumentos es crucial para adaptarlos a los avances en la práctica médica y a los cambios en las normativas de salud (Yusuf et al., 2023).

Finalmente, la validación de instrumentos en la investigación en salud, especialmente en la enfermería perioperatoria, tiene un impacto directo en la mejora de los resultados quirúrgicos y en la seguridad del paciente. La utilización de instrumentos de medición validados permite a los profesionales de la salud hacer un seguimiento más preciso y confiable del estado del paciente, lo que facilita la toma de decisiones clínicas más informadas. Además, estos instrumentos mejoran la comunicación y coordinación dentro del equipo de salud, permitiendo que todos trabajen con información precisa y actualizada, lo que contribuye a la reducción de errores y mejora la eficiencia en la atención (Loani et al., 2024).

En conclusión, la validación de instrumentos de medición es un componente esencial en la investigación en salud, especialmente en el diseño de registros clínicos de enfermería perioperatoria. A través de la implementación de técnicas como el juicio de expertos y otros métodos complementarios, es posible asegurar que los instrumentos sean precisos, confiables y útiles en la mejora de la calidad de la atención. La validación continua y la actualización de los instrumentos de medición son necesarias para garantizar que sigan siendo efectivos en



la prevención de errores médicos y en la mejora de los resultados de salud para los pacientes en el período perioperatorio (González y Bermeo, 2024; Rodríguez et al., 2021).

6.1 Principales Técnicas de Validación

6.1.1 Validez de Contenido

La validez de contenido es un componente crucial en la validación de instrumentos de medición, especialmente en investigaciones relacionadas con la salud, ya que asegura que el instrumento utilizado refleja adecuadamente los aspectos del constructo que se busca estudiar. Este tipo de validez se enfoca en revisar si los ítems de un instrumento cubren todas las dimensiones relevantes del tema, asegurando que se haya considerado el contenido esencial y que no falten aspectos importantes.

El proceso de validación de contenido generalmente involucra la participación de un panel de expertos, quienes revisan los ítems del instrumento para evaluar su pertinencia, claridad y cobertura dentro del constructo de interés. Los expertos son seleccionados con base en su conocimiento profundo del área de estudio y su capacidad para juzgar la calidad y aplicabilidad de los ítems. Esta revisión es un paso esencial para garantizar que los elementos del instrumento sean adecuados y que se mantenga un enfoque integral sobre el tema en cuestión. De acuerdo con González y Bermeo (2024), el juicio experto es vital para asegurar que los ítems cubren las áreas relevantes y no incluyen elementos irrelevantes o ambiguos.

Durante este proceso, dos herramientas estadísticas comúnmente empleadas para evaluar la validez de contenido son la Razón de Validez de Contenido (CVR) y el Índice de Validez de Contenido (CVI). Estas herramientas cuantifican el grado de acuerdo entre los expertos sobre la relevancia de los ítems. La CVR permite determinar si un ítem es esencial



para medir el constructo, mientras que el CVI mide el nivel de acuerdo general sobre la relevancia de todos los ítems del instrumento. Estos índices proporcionan una base objetiva para determinar si el instrumento es adecuado o necesita ajustes antes de su implementación. La utilización de estas herramientas es especialmente valiosa en el contexto de la salud, donde la precisión y la representación fiel del dominio de interés son vitales para la toma de decisiones clínicas y el diseño de intervenciones efectivas (Yepes et al., 2023).

La importancia de la validez de contenido en el diseño de instrumentos de medición no puede ser subestimada. En el ámbito de la enfermería perioperatoria, por ejemplo, un instrumento de medición que carezca de validez de contenido podría llevar a decisiones incorrectas, afectando negativamente la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Además, un instrumento bien validado permite una mejor coordinación entre los miembros del equipo de salud, facilita la detección temprana de problemas y contribuye a una evaluación más precisa del estado del paciente. La validez de contenido garantiza que el instrumento no solo sea adecuado para el contexto, sino también para el público al que está dirigido, y que sea capaz de proporcionar información útil y confiable.

En resumen, la validez de contenido es una técnica esencial para asegurar que los instrumentos de medición sean adecuados y efectivos, especialmente en áreas de gran relevancia como la salud. La implementación de estas herramientas estadísticas y el juicio experto contribuyen a la creación de instrumentos robustos, capaces de generar datos precisos y útiles para mejorar la atención y la seguridad del paciente.

6.1.2 Validez de Constructo

Se utiliza para medir si el instrumento refleja adecuadamente el concepto teórico que busca evaluar. Métodos como análisis factorial exploratorio o confirmatorio son



fundamentales en esta técnica, especialmente en contextos cuantitativos (González y Bermeo, 2024).

6.1.3 Validez de Criterio

La validez de criterio es una técnica importante para garantizar que un instrumento de medición funcione correctamente al comparar sus resultados con un estándar externo previamente validado. En el contexto de la salud, esto puede implicar comparar los resultados obtenidos a través de un nuevo instrumento con registros médicos previamente establecidos o con herramientas de evaluación clínica reconocidas y probadas (González y Bermeo, 2024). Este tipo de validación se utiliza para verificar que el instrumento mide efectivamente lo que pretende medir, asegurando que los datos recolectados sean útiles para tomar decisiones clínicas precisas.

Existen dos enfoques principales en la validez de criterio: la validez concurrente y la predictiva. La validez concurrente se refiere a la comparación de los resultados del nuevo instrumento con los de un estándar validado en el mismo momento. Por ejemplo, un nuevo cuestionario para evaluar el dolor postoperatorio podría ser comparado con las mediciones previas realizadas a través de un sistema de monitoreo de dolor ya validado. Si los resultados obtenidos mediante el nuevo cuestionario coinciden con los obtenidos por el sistema de monitoreo, esto sugiere que el instrumento es válido para medir el dolor de manera efectiva (Corral, 2022).

La validez predictiva, por otro lado, implica la comparación entre el instrumento y los resultados futuros. Un ejemplo de validez predictiva en el ámbito perioperatorio podría ser el uso de un nuevo instrumento para predecir las complicaciones postquirúrgicas, comparando sus resultados con las complicaciones observadas en los pacientes después de la



cirugía. La capacidad del instrumento para prever correctamente los resultados futuros validaría su utilidad y efectividad en la práctica clínica (Rodríguez et al., 2021).

El uso de la validez de criterio en la validación de instrumentos es especialmente relevante en la enfermería perioperatoria, ya que la precisión de las mediciones y la toma de decisiones basadas en datos confiables son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. De acuerdo con Yepes, Montes y Álvarez (2023), la validación de un instrumento mediante la validez de criterio permite evaluar su aplicabilidad en la práctica clínica real, ofreciendo una forma robusta de asegurar que el instrumento proporcionará resultados consistentes y útiles para los profesionales de salud.

Además, la implementación de esta técnica de validación también mejora la confianza de los profesionales de la salud en los instrumentos utilizados, lo que contribuye a una mejor toma de decisiones en cuanto a tratamientos, intervenciones y seguimiento de los pacientes durante todo el proceso quirúrgico (Landaeta, 2024). Esta validación también juega un papel crucial en el monitoreo de la calidad de la atención, al asegurar que los instrumentos utilizados para evaluar a los pacientes proporcionen datos que sean confiables y relevantes para las intervenciones clínicas.

En resumen, la validez de criterio es un componente esencial en la validación de instrumentos de medición en el ámbito perioperatorio. Al comparar el rendimiento del instrumento con estándares externos previamente validados, los profesionales de la salud pueden tener la certeza de que están utilizando herramientas precisas y efectivas para evaluar y gestionar el cuidado de los pacientes, lo que se traduce en una mejora significativa de la calidad de atención y seguridad del paciente (González y Bermeo, 2024).

6.1.4 Confiabilidad



Evalúa la consistencia de los resultados obtenidos mediante el instrumento en aplicaciones repetidas. Las pruebas como el Alfa de Cronbach o KR20 son comunes para determinar la consistencia interna (González y Bermeo, 2024).

6.1.4 Relevancia de Juicio de Expertos

La validación por juicio de expertos es un proceso esencial en la investigación y desarrollo de instrumentos, especialmente en el ámbito de la salud, donde los instrumentos de medición deben alinearse con estándares y prácticas clínicas específicas. Esta técnica tiene como objetivo garantizar que los ítems del instrumento sean pertinentes, comprensibles y adecuados para la población a la que se dirigen. El juicio de expertos permite que el instrumento sea evaluado desde diversas perspectivas profesionales, garantizando que se cubran las necesidades reales del contexto y los objetivos de la investigación (Rodríguez et al., 2021).

Este método es particularmente útil en situaciones donde no existen criterios definitivos o previamente establecidos sobre la medición de un fenómeno específico. En el campo de la salud, por ejemplo, los instrumentos deben adaptarse constantemente a las particularidades de los pacientes, los procedimientos médicos y los avances en las ciencias de la salud. Los expertos, con su experiencia y conocimiento del contexto clínico, pueden evaluar la relevancia de cada ítem y asegurar que las preguntas incluidas en el instrumento sean coherentes con los estándares profesionales y los desafíos que enfrentan los equipos de salud en la práctica diaria (González y Bermeo, 2024).

Una de las ventajas de la validación por juicio de expertos es que permite identificar posibles lagunas o áreas de mejora antes de que el instrumento sea utilizado en situaciones reales. Durante este proceso, los expertos pueden ofrecer sugerencias para modificar o



eliminar ítems que no sean pertinentes o que no logren medir lo que se pretende. Esta retroalimentación es crucial para ajustar el instrumento de acuerdo a las necesidades del campo y garantizar su efectividad. Además, al ser un método flexible, permite la integración de las experiencias y conocimientos de expertos de distintas áreas dentro del sector salud, enriqueciendo la validación del instrumento y asegurando que todos los aspectos relevantes sean considerados (Landaeta, 2024).

Un aspecto fundamental de este proceso es que los expertos no solo evalúan la claridad y relevancia de los ítems, sino también su aplicabilidad en el contexto en el que se utilizará el instrumento. En el caso de la validación de registros clínicos de enfermería perioperatoria, por ejemplo, los expertos en enfermería, cirugía y otras disciplinas de la salud pueden asegurar que el instrumento diseñado para el seguimiento de los pacientes cumpla con los estándares clínicos y de calidad requeridos. Esto ayuda a que el instrumento sea más que una simple herramienta de medición; se convierte en una parte integral de los procesos de atención sanitaria, garantizando que los datos recolectados sean útiles para la toma de decisiones clínicas y administrativas (Rodríguez et al., 2021).

La validación por juicio de expertos también ofrece la posibilidad de que los expertos se alineen con las expectativas de los usuarios finales del instrumento. Esto es especialmente importante en el caso de los registros clínicos de enfermería, ya que los instrumentos deben ser comprensibles y fáciles de usar para los profesionales de la salud, quienes los utilizarán de manera constante. Además, las mejoras sugeridas por los expertos pueden contribuir a hacer el instrumento más accesible y adecuado para su implementación en un entorno clínico real. Al garantizar que los ítems sean pertinentes y claros, se facilita la aceptación y el uso



del instrumento entre los profesionales de salud, lo que a su vez aumenta la precisión y la calidad de los datos recolectados (Yepes et al., 2023).

Además de su aplicabilidad en la mejora de la calidad de los instrumentos, la validación por juicio de expertos también juega un papel crucial en la construcción de la confiabilidad del instrumento. Al recibir la retroalimentación de expertos experimentados, se asegura que el instrumento no solo sea válido en términos de contenido, sino que también sea consistente y fiable a lo largo del tiempo. Esto es especialmente relevante en el área de la salud, donde los instrumentos utilizados para la evaluación de pacientes deben ser capaces de generar datos consistentes y precisos, lo que permite realizar diagnósticos, planificar tratamientos y evaluar resultados con confianza (Landaeta, 2024).

Un ejemplo concreto de la validación por juicio de expertos en el contexto de la salud es la evaluación de herramientas utilizadas para medir competencias en la enfermería perioperatoria. Dado que la enfermería perioperatoria cubre un amplio espectro de intervenciones antes, durante y después de la cirugía, es esencial contar con instrumentos de medición que reflejen con precisión el impacto de estas intervenciones en el bienestar del paciente. Los expertos en cirugía, anestesiología y enfermería pueden evaluar la validez de estos instrumentos, asegurando que aborden todas las áreas críticas del proceso quirúrgico y proporcionen datos que sean relevantes para mejorar la seguridad del paciente (González y Bermeo, 2024).

El proceso de validación por juicio de expertos también ayuda a definir el alcance y los límites del instrumento. Al tener en cuenta las opiniones de diferentes expertos, es posible ajustar el instrumento para que cubra adecuadamente el constructo que se desea medir, sin extenderse más allá de lo necesario. En la práctica clínica, esto es esencial para que los



instrumentos no solo sean útiles, sino también prácticos y aplicables en un entorno clínico que puede estar sujeto a restricciones de tiempo y recursos (Rodríguez et al., 2021).

En conclusión, la validación por juicio de expertos es una herramienta invaluable para garantizar la calidad y efectividad de los instrumentos en la investigación de la salud. Este proceso asegura que los instrumentos sean adecuados para medir lo que se pretende, que sean aplicables en el contexto clínico y que sean entendidos y aceptados por los profesionales que los utilizarán. Además, al ser una técnica flexible y colaborativa, permite la mejora continua del instrumento, adaptándolo a las necesidades cambiantes del campo de la salud y mejorando, a su vez, la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

6.1.5 Elección del Instrumento para el Trabajo de Obtención de Grado

En el contexto de un hospital de segundo nivel, los registros clínicos de enfermería perioperatoria deben reflejar información crítica, como intervenciones realizadas, administración de medicamentos, tipo de cirugía realizada y condiciones del paciente. Instrumentos como listas de cotejo y rúbricas pueden ser útiles por su facilidad de estandarización y claridad en la documentación (Corral, 2022). Además, se recomienda incorporar herramientas digitales que optimicen la precisión y rapidez del registro.

La validación por juicio de expertos destaca por su aplicabilidad práctica y enfoque cualitativo en etapas iniciales de diseño. Este método no solo asegura la validez de contenido, sino que también permite ajustar el instrumento según las necesidades del entorno clínico. En estudios previos, se ha demostrado que los resultados del juicio de expertos logran altos niveles de acuerdo y mejoras significativas en la claridad y pertinencia del instrumento (Rodríguez et al., 2021; Yepes et al., 2023).



La implementación de técnicas de validación como el juicio de expertos asegura que los instrumentos diseñados para contextos específicos de la salud cumplan con los más altos estándares de calidad. Este método, junto con la validación estadística y la prueba de confiabilidad, garantiza instrumentos precisos y confiables que contribuyen a la mejora de los procesos de enfermería y la seguridad del paciente.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El equipo de profesionales que trabaja en las áreas quirúrgicas de las instituciones de salud a menudo enfrenta situaciones estresantes debido a los riesgos que enfrentan los pacientes. La enfermería, en particular, no está exenta de esta realidad, por lo que la especialización en el ámbito quirúrgico se ha vuelto necesaria como una forma de mejorar el cuidado de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

En los quirófanos centrales de un hospital de 2º nivel de atención de atención en la Ciudad de México se realizan diariamente intervenciones quirúrgicas de diversas especialidades médicas como cirugía general, ortopedia, urología, cirugía plástica y reconstructiva, oftalmología, ginecología, obstetricia, cirugía pediátrica, otorrinolaringología, cirugía bariátrica y neurológica.

En dicha institución, a pesar de la importancia que tienen los registros clínicos de enfermería para brindar continuidad al cuidado, por considerarse documento legal y servir como canal de comunicación entre profesionales que brindan atención a los pacientes, se observa que el personal de enfermería otorga poca relevancia a las notas de su actividad realizada, que en ocasiones elabora dichas notas con letra ilegible, de manera frecuente se detecta omisión de datos que genera una interrupción en la continuidad de la atención del paciente, datos poco significativos lo que dificulta realizar una valoración adecuada, repercutiendo al momento de realizar la planificación del cuidado de enfermería.

A pesar de tener conocimiento de la importancia de realizar registros de forma sistemática y uniforme, numerosos profesionales enfrentan desafíos al documentar sus acciones utilizando un lenguaje específico para la enfermería.



En la hoja de registros clínicos con la que cuenta la institución, cada profesional de enfermería realiza los registros de acuerdo a sus conocimientos, experiencia, tradición e incluso intuición en la unidad quirúrgica, observando que los datos que se aportan en dicho formato son incompletos e insuficientes evidenciando que las anotaciones tienen un nivel medio de importancia o relevancia evadiendo la calidad requerida, lo que impide proporcionar información de manera importante y necesaria que pueda contribuir a una intervención de enfermería oportuna, adecuada y de calidad y al mismo tiempo reducir riesgos para el paciente, por otra parte, se evidencia que el cuidado que se ha brindado no es de manera integral por la pérdida de información, aunado a esto la falta de un instrumento adecuado para poder registrar de manera oportuna cada una de las intervenciones de enfermería realizadas conforme a cada fase del periodo perioperatorio correspondiente aumenta la posibilidad de presentarse eventos adversos poniendo en alto riesgo la seguridad del paciente y podrían enfrentar problemas ético legales.

Además, la inexistencia de un formato estructurado que permita documentar de manera detallada y cronológica las intervenciones de enfermería durante el periodo perioperatorio representa una vulnerabilidad legal para el personal de enfermería. En un contexto en el que los registros clínicos constituyen una herramienta jurídica fundamental, la omisión de datos o la falta de evidencia escrita puede dificultar la defensa del profesional ante situaciones legales, como denuncias por mala praxis, negligencia o procedimientos administrativos. La carencia de espacios específicos en la hoja de registros limita la posibilidad de dejar constancia de acciones críticas realizadas por el profesional, tales como notificaciones a otros miembros del equipo de salud, medidas preventivas adoptadas ante riesgos identificados, y respuestas a eventos imprevistos durante la atención quirúrgica.



Para tal efecto, es de suma importancia contar con un formato con base en los lineamientos institucionales para llevar la adecuada documentación de los registros clínicos de enfermería y estandarizar las intervenciones de enfermería durante todo el periodo perioperatorio. El diseño de una hoja estructurada, clara y legalmente sustentable permitiría no solo mejorar la calidad del cuidado, sino también fortalecer la seguridad del paciente y la protección legal del personal de enfermería, en cumplimiento con lo establecido por normativas como la NOM-004-SSA3-2012 sobre el expediente clínico.

¿Cuál es la importancia de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria en un hospital de segundo nivel de atención, 2024?



IV. JUSTIFICACIÓN

El rol del profesional de enfermería en el área quirúrgica es crucial, no solo para el paciente sino también para el equipo quirúrgico en conjunto. Este profesional debe poseer conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar efectivamente sus funciones. Al igual que otros miembros del equipo de salud, la prioridad de la enfermería es brindar cuidados de manera oportuna que lleven a restaurar la salud del paciente a través de intervenciones seguras hacia el paciente. Cualquier error o acción inadecuada por parte del equipo quirúrgico podría causar daño al paciente, incluso poner en riesgo su vida. Por ello, el profesional de enfermería es responsable de supervisar, coordinar y fomentar que todo el proceso quirúrgico se realice cumpliendo con los más altos estándares de seguridad y calidad para el bienestar del paciente.

Asegurar la implementación de medidas seguras para prevenir eventos adversos durante los procedimientos quirúrgicos es una prioridad en la atención médica. Por ende, se hace necesario contar con una herramienta, que asegure el cumplimiento y registro de intervenciones esenciales durante todos los actos quirúrgicos, de forma clara, cronológica y estandarizada.

Es crucial considerar la evolución del profesional de enfermería quirúrgica, tanto en su conocimiento teórico como en su aplicación práctica, permitiéndole brindar cuidados personalizados. Este profesional se actualiza de manera constante, adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades para preservar la salud de los pacientes durante los diferentes periodos del proceso perioperatorio de manera segura. Sin embargo, para respaldar al personal en estas labores, es esencial contar con una hoja de registros clínicos de enfermería



específica, que permita documentar de manera completa y oportuna todos los procedimientos e intervenciones realizadas en los periodos preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

El impulso para llevar a cabo este estudio surge de la experiencia profesional de la investigadora, quien trabaja en el ámbito quirúrgico y ha identificado la necesidad de contar con un instrumento estructurado que permita registrar con precisión las acciones realizadas y que, a su vez, funcione como soporte legal en caso de controversias o reclamaciones.

Contar con una hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria es fundamental en el contexto de la atención quirúrgica, ya que garantiza un registro sistemático, integral y continuo de los cuidados brindados al paciente en las tres fases críticas del proceso quirúrgico. Permite un monitoreo adecuado del estado del paciente en cada etapa, disminuyendo el riesgo de omisiones o errores en los cuidados, asegura la continuidad del cuidado al proporcionar información precisa y completa al equipo multidisciplinario, promueve la estandarización de las prácticas de enfermería en el entorno perioperatorio asegurando que los procedimientos sean uniformes y de alta calidad, sirve como una herramienta de comunicación efectiva entre los diferentes profesionales involucrados en el cuidado del paciente (enfermeros, cirujanos, anestesiólogos), asegura que todos los miembros del equipo tengan acceso a información actualizada y relevante sobre el estado del paciente, proporciona información detallada que guíe las futuras intervenciones, adaptándolas a las necesidades específicas del paciente.

Este registro, además de asegurar la continuidad del cuidado, representa un respaldo jurídico para el profesional de enfermería, ya que permite dejar constancia escrita y verificable de su actuación, cumpliendo con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, la cual señala que el expediente clínico debe integrar de forma clara



y legible los registros realizados por el personal de salud, incluyendo las intervenciones de enfermería (Capítulo 6, apartado 6.5).

Asimismo, la Ley General de Salud y la Ley de Responsabilidades Administrativas establecen que los profesionales del sector salud están obligados a documentar correctamente su intervención como parte de sus deberes éticos y legales, ya que el registro clínico constituye una evidencia en caso de que se requiera comprobar la atención prestada.

Por lo tanto, la falta de un instrumento adecuado puede no solo comprometer la calidad del cuidado brindado, sino también colocar al personal de enfermería en una situación de vulnerabilidad legal, al no contar con medios documentales que respalden su actuación ante auditorías clínicas, procedimientos jurídicos o quejas interpuestas por usuarios o familiares.

La hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria no es solo una herramienta de documentación, sino también un instrumento fundamental para garantizar la seguridad del paciente, la calidad del cuidado y la protección legal del profesional de enfermería. Su diseño e implementación no solo responde a necesidades clínicas, sino también a la obligación normativa y ética de ejercer una práctica profesional fundamentada, verificable y legalmente protegida.



V. OBJETIVOS

General

- Diseñar la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria en un hospital de segundo nivel de atención en la Ciudad de México.

Específicos

- Identificar las necesidades de información en los registros clínicos perioperatorios de enfermería.
- Diseñar un prototipo preliminar de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria.
- Validar teóricamente el prototipo del diseño de la hoja de registros clínicos de enfermería a través de juicio de expertos.
- Optimizar el diseño final de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria



VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Estudio

Se realizó el estudio con un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo descriptivo prospectivo transversal. Se incluyó la medición de Alpha de Cronbach para medir la fiabilidad del instrumento con expresión numérica para la medición de la frecuencia.

6.2 Universo

Para la presente investigación el universo está conformado por expertos de enfermería en área quirúrgica.

6.3 Muestra

Son 10 profesionales de enfermería expertos en área quirúrgica.

6.4 Tipo de Muestreo

No probabilístico por conveniencia

6.5 Criterios de Selección

6.5.1 Inclusión

Profesionales de enfermería que cuenten con un grado académico mínimo de licenciatura en enfermería, experiencia mínima de cinco años en área quirúrgica.

6.5.2 Exclusión

Profesional experto de enfermería que no desee participar.

6.5.3 Eliminación

Expertos que no completen el cuestionario.

Expertos que no regresen el cuestionario en un periodo máximo de 20 días.



6.6 Recolección de Datos

La recolección de datos fue una etapa fundamental para el diseño de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria, ya que permitió conocer las percepciones y necesidades del personal operativo directamente involucrado en el uso cotidiano de estos formatos. Esta fase se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado aplicado en línea, el cual fue distribuido a profesionales de enfermería del área quirúrgica en un hospital de segundo nivel de atención en la Ciudad de México y a expertos de los institutos nacionales de rehabilitación, neurología y cancerología.

Consideraciones Éticas

La investigación se condujo respetando plenamente los principios éticos que rigen los estudios con participación humana. Se adoptaron los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki, que subraya la importancia de proteger la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes (World Medical Association, 2013). Asimismo, se siguieron los principios normativos contenidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que establece que toda investigación en humanos debe tener un propósito claro, obtener consentimiento informado y garantizar la confidencialidad de la información recabada (Secretaría de Salud, 2020).

En este estudio, no se manipularon variables clínicas ni se recolectaron datos sensibles de pacientes. Los participantes fueron informados de forma clara sobre los objetivos del proyecto, su carácter académico, y la confidencialidad del tratamiento de los datos proporcionados.

La participación fue totalmente voluntaria y anónima, sin ningún tipo de coacción ni consecuencia negativa en caso de desistir.



Consentimiento Informado

Previo a responder el cuestionario, se incluyó una sección digital de consentimiento informado al inicio del formulario en línea. En esta sección, se explicó detalladamente la finalidad del estudio, el uso académico de los datos, el respeto al anonimato de los participantes y la posibilidad de retirarse del proceso en cualquier momento sin implicaciones. Sólo aquellas personas que marcaron la opción de aceptación pudieron avanzar a la sección de preguntas.

El consentimiento fue diseñado con lenguaje claro y accesible para asegurar que todos los participantes comprendieran plenamente la información antes de tomar la decisión de colaborar.

Instrumento de Recolección

El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado aplicado a través de Google Forms, elaborado específicamente para este estudio. Dicho instrumento constó de una serie de afirmaciones diseñadas para explorar la percepción del personal de enfermería respecto al diseño, utilidad, claridad, accesibilidad y pertinencia de los elementos que debe contener una hoja de registros clínicos en el contexto perioperatorio.

Las instrucciones presentadas al inicio del instrumento fueron las siguientes:

“A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con el diseño de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria. Marque la opción que mejor refleje su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación, usando la siguiente escala de Likert:



1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo.”

Las afirmaciones fueron diseñadas para evaluar aspectos como la funcionalidad del formato, la integración de información relevante, la facilidad de llenado, la estandarización del lenguaje técnico, y la congruencia con las etapas del proceso perioperatorio. El análisis de las respuestas permitió identificar coincidencias en las necesidades y opiniones del personal, información que sirvió como base para el diseño final del nuevo formato.

6.6.1 Diseño de la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería Perioperatoria

Primera Fase. Se diseñó un prototipo de hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria enfocado exclusivamente en tres periodos perioperatorios específicos: el preoperatorio inmediato, el transoperatorio y posoperatorio inmediato. Así mismo, la hoja incluye una última sección correspondiente al balance hidroelectrolítico, la cual está diseñada para integrar y registrar de manera sistemática la información relacionada con el ingreso y egreso de líquidos durante los tres periodos perioperatorios antes mencionados. Esta sección permite llevar a cabo un control preciso del estado hídrico del paciente durante todo el periodo perioperatorio, facilitando la toma de decisiones clínicas oportunas y contribuyendo a la prevención de complicaciones relacionadas con desequilibrios electrolíticos.

Periodo Preoperatorio Inmediato. Está estructurado en cinco secciones claramente diferenciadas. La primera sección corresponde a la ficha de identificación del usuario. La segunda sección reúne los datos y documentación necesaria para el procedimiento quirúrgico. La tercera sección aborda la información relacionada con la preparación física del usuario. En la cuarta sección se incluye la valoración integral del paciente, en la cual incluye una escala para valoración del riesgo de caídas y finalmente, la quinta sección está destinada a



las notas de enfermería correspondientes a este período perioperatorio, también incluye una sección para realizar registro de las soluciones parenterales con las que cuenta el usuario previo al ingresar a sala quirúrgica.

Periodo Transoperatorio. Segundo periodo perioperatorio, está estructurado en diversas secciones para facilitar una documentación detallada y organizada durante el procedimiento quirúrgico. Inicialmente, se cuenta con un espacio destinado al registro de información completa del personal quirúrgico involucrado en el procedimiento, incluyendo nombres y funciones específicas desempeñadas. Se encuentra una sección para especificar tanto el tipo de cirugía planeada como la cirugía finalmente realizada, además del registro preciso de las horas de inicio y término del procedimiento quirúrgico-anestésico, permitiendo evaluar la duración efectiva de la intervención.

Del mismo modo, se incluye un espacio para documentar aspectos clave relacionados con el posicionamiento quirúrgico del paciente, especificando claramente el tipo de posición utilizada y cualquier cambio que se haya realizado en transoperatorio. Igualmente, existe un espacio específico para registrar la utilización del electrocauterio, indicando su uso y la ubicación precisa de la placa de electrocirugía. De la misma manera, se registra información respecto al uso de isquemia, especificando tanto el tipo empleado como el sitio anatómico donde fue aplicado.

Además, se contempla una sección especialmente diseñada para documentar previo al inicio de la cirugía el conteo riguroso del instrumental y material textil que será utilizado durante el procedimiento quirúrgico, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y cumplir con los protocolos establecidos. También existe una sección dedicada al registro



exhaustivo de las soluciones parenterales y hemoderivados administradas al paciente durante este periodo.

Así mismo, se proporciona un espacio para registrar detalladamente los signos vitales obtenidos durante todo el período transoperatorio, facilitando así el monitoreo continuo y la detección temprana de complicaciones potenciales. Finalmente, el período transoperatorio concluye con una sección específica para las notas de enfermería, donde se describen incidencias relevantes y observaciones adicionales, asegurando una continuidad efectiva del cuidado perioperatorio.

Periodo Posoperatorio Inmediato. Corresponde al tercer período perioperatorio, está diseñado para permitir una documentación completa, precisa y organizada del estado del paciente inmediatamente después del procedimiento quirúrgico. Para ello, se han incluido diversas secciones orientadas a asegurar una adecuada vigilancia clínica y facilitar la continuidad del cuidado.

En primer lugar, cuenta con una sección destinada al registro sistemático de los signos vitales posoperatorios, lo cual permite monitorizar estrechamente el estado fisiológico del paciente y detectar tempranamente complicaciones derivadas del procedimiento. Asimismo, incluye una sección específica para documentar el registro de glicemia capilar, datos clave especialmente en pacientes con riesgo de alteraciones metabólicas relacionadas con la cirugía o condiciones preexistentes.

Otra sección está diseñada para registrar información detallada acerca del tipo y localización exacta de los accesos vasculares que posee el paciente, facilitando así una adecuada vigilancia y manejo oportuno de los mismos. Además, se incluyen dos escalas



estandarizadas destinadas a evaluar aspectos críticos de seguridad y comodidad del paciente. La primera es una escala para la valoración del riesgo de caídas, que permite identificar oportunamente pacientes vulnerables y activar intervenciones preventivas pertinentes. La segunda escala corresponde a la valoración del dolor, proporcionando un registro objetivo y estructurado del nivel de dolor que experimenta el paciente, favoreciendo una intervención analgésica efectiva y adecuada.

Finalmente, este período también contempla un espacio destinado específicamente a notas de enfermería posoperatorias, facilitando así la documentación detallada de observaciones relevantes, incidencias o cambios en el estado del paciente inmediatamente después del procedimiento, asegurando con ello la continuidad y calidad del cuidado integral perioperatorio. Es importante mencionar que, en cada uno de los periodos perioperatorios, se designó un espacio específico para cada turno de la jornada laboral.

Segunda Fase. Esta fase de la investigación consistió en la validación teórica del contenido de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria, la cual se llevó a cabo mediante la técnica de juicio de expertos. Esta técnica permitió evaluar la pertinencia, claridad, relevancia y congruencia de los elementos incluidos en el prototipo de la hoja, con base en la experiencia y conocimientos de profesionales con trayectoria en el área quirúrgica. La retroalimentación obtenida fue fundamental para asegurar la validez del contenido del instrumento propuesto.

Para llevar a cabo la validación de contenido de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria, se elaboró un instrumento a través de un cuestionario estructurado en Google Forms el cual fue enviado para su aplicación a los expertos seleccionados. Dicho instrumento incluyó los ítems correspondientes de cada una de las secciones del documento



diseñado, organizados según los tres periodos perioperatorios (preoperatorio inmediato, transoperatorio y posoperatorio inmediato), así como el apartado del balance hidroelectrolítico.

El instrumento se conformó de la siguiente manera, el periodo preoperatorio inmediato está constituido por un total de 47 ítems, el transoperatorio contiene 37 ítems y el periodo posoperatorio inmediato cuenta con un total de 21 ítems, utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo. El instrumento también contempló un espacio para observaciones cualitativas, a fin de recabar sugerencias específicas para la mejora del contenido y estructura de la hoja.

6.7 Procesamiento de Datos

Tras la aplicación del cuestionario en línea, la información obtenida de las respuestas fue exportadas desde la plataforma Google Forms en formato Excel para su análisis. En total, se obtuvieron 30 instrumentos respondidos por personal de enfermería del área quirúrgica de un hospital de segundo nivel de atención. Concluida la etapa de recolección de datos, la información obtenida fue codificada para cada ronda evaluativa.

El cuestionario estuvo compuesto por afirmaciones distribuidas en tres secciones: preoperatorio inmediato, transoperatorio y postoperatorio inmediato. Cada una fue evaluada utilizando una escala de Likert de cinco puntos (1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo).

El procesamiento de la información consistió en el cálculo de medidas de tendencia central, para describir el comportamiento general de las respuestas. Posteriormente se estimó



la varianza, como medida de dispersión, para poder identificar el grado de variabilidad entre los datos obtenidos.

Adicionalmente, se tomaron en cuenta las observaciones cualitativas proporcionadas por algunos participantes, las cuales aportaron un valor interpretativo importante para complementar el análisis cuantitativo. Esta integración permitió visualizar no solo la tendencia estadística de las respuestas, sino también los fundamentos clínicos y operativos detrás de las preferencias expresadas por el personal encuestado.

6.8 Análisis y Presentación de Resultados

Una vez realizado el procesamiento estadístico de las respuestas obtenidas a través del cuestionario estructurado, se procedió al análisis e interpretación de los resultados, tomando como eje principal la validación del diseño de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria. Este instrumento, elaborado específicamente para el contexto de un hospital de segundo nivel de atención, se organizó en tres secciones principales: preoperatorio inmediato, transoperatorio y postoperatorio inmediato, mismas que se sometieron a valoración por parte del personal de enfermería con experiencia en el área quirúrgica.



VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para contextualizar los resultados obtenidos en la validación de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos Scopus, Google académico, Medline y Redalyc, PubMed, LILACS y SciELO, consideradas estas últimas fuentes de referencia internacional y regional en ciencias de la salud. El proceso de búsqueda se sustentó en el uso de descriptores controlados y normalizados, tanto del Medical Subject Headings (MeSH) como de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), a fin de garantizar precisión terminológica y recuperar literatura pertinente. Entre los principales términos empleados se incluyeron “Perioperative Nursing”, “Patient Safety”, “Validation Studies”, “Clinical Records” y “Nursing Records”, los cuales se combinaron estratégicamente mediante operadores booleanos (AND, OR) para ampliar o restringir los resultados según la necesidad. Asimismo, se aplicaron filtros de tiempo que delimitaron la búsqueda a publicaciones de los últimos cinco años, con el propósito de asegurar la actualización y vigencia de la evidencia científica. Se priorizó la inclusión de artículos en idioma español e inglés, con acceso a texto completo, que abordaran específicamente procesos de validación de instrumentos en enfermería, seguridad del paciente y registros clínicos en el contexto perioperatorio. Esta estrategia permitió obtener un cuerpo documental sólido que respalda la interpretación de los hallazgos y facilita la comparación con estudios similares en el ámbito nacional e internacional.

Los resultados obtenidos en esta investigación se derivan de un proceso de validación de contenido llevado a cabo mediante el juicio de diez expertos de enfermería en área quirúrgica, seleccionados por su experiencia clínica y académica en el ámbito perioperatorio. Dichos expertos evaluaron de manera sistemática el contenido preliminar de la hoja de



registros clínicos de enfermería perioperatoria, utilizando para ello formularios electrónicos elaborados en la plataforma Google Forms, lo que facilitó la recolección, organización y análisis de la información de forma remota y estandarizada. La validación se desarrolló en tres rondas sucesivas, siguiendo la lógica de un proceso iterativo de consenso que permitió refinar el instrumento a partir de las observaciones y sugerencias emitidas en cada etapa. Este procedimiento garantizó la retroalimentación constante y la depuración progresiva de los ítems, lo que contribuyó a fortalecer la pertinencia y claridad de los contenidos evaluados.

La estructura del instrumento se organizó con base en los tres periodos del proceso perioperatorio: el preoperatorio inmediato, donde se consideraron aspectos de valoración inicial, preparación del paciente y verificación de seguridad; el transoperatorio, centrado en el registro de intervenciones, monitorización y cuidados intraoperatorios; y el posoperatorio inmediato, que incluyó la valoración del paciente en el área de recuperación post anestésica, el control de complicaciones y la continuidad del cuidado. Esta organización permitió una evaluación integral, segmentada y coherente con la práctica clínica real, asegurando que la hoja de registro propuesta respondiera a las necesidades de documentación en cada fase del proceso quirúrgico.

Ronda 1

En la primera ronda de validación por juicio de expertos, se aplicaron los tres instrumentos correspondientes a los periodos perioperatorios antes mencionados, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos. Cada instrumento fue valorado por un panel de diez expertos, quienes evaluaron de manera sistemática la claridad, pertinencia, relevancia y congruencia de los ítems propuestos en relación con el contexto perioperatorio. Este proceso permitió identificar fortalezas y debilidades en la redacción de los ítems, así como realizar



ajustes encaminados a mejorar su comprensión y aplicabilidad en la práctica profesional. Las observaciones emitidas por los jueces se constituyeron en una retroalimentación cualitativa fundamental para refinar progresivamente el diseño de la hoja de registros clínicos.

Posteriormente, con el fin de respaldar este análisis cualitativo con evidencia cuantitativa, se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach a las valoraciones obtenidas en cada ronda. Este estadístico permitió determinar el grado de consistencia interna de los ítems, es decir, la medida en que cada uno de ellos se relaciona con el resto y contribuye al constructo global del instrumento. De este modo, se verificó la fiabilidad de la herramienta, asegurando que los resultados fueran estables y coherentes en el tiempo. El uso complementario del juicio de expertos y del alfa de Cronbach otorgó mayor robustez al proceso de validación, al integrar tanto la perspectiva profesional especializada como la evidencia estadística necesaria para garantizar la calidad metodológica del instrumento.

Se realizó el análisis cuantitativo de las respuestas: se conservaron únicamente los ítems con un promedio igual o superior a 4.0, ya que reflejaban consenso y aceptación sólida. Aquellos ítems con promedios entre 3.5 y 3.9 fueron considerados ambiguos y se descartaron junto con los que obtuvieron promedios menores a 3.5. Como resultado, se conformó una versión optimizada de cada instrumento, conformada por ítems con alta validez teórica, los cuales serán analizados en la segunda ronda mediante observaciones cualitativas.

Periodo Preoperatorio Inmediato.

Los diez expertos evaluaron un total de 48 ítems; para cada uno de los ítems se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), con el propósito de identificar la valoración promedio otorgada por los expertos, la concentración de respuestas

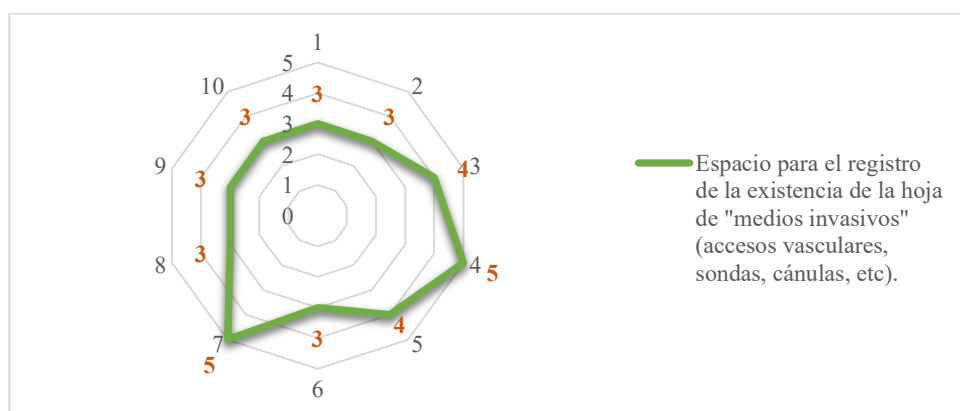


y la opción más frecuente. Se obtuvieron en esta primera ronda seis ítems con promedio entre 3.6 y 3.9 por tal motivo se descartaron.

A continuación, en la figura 1, se presenta el gráfico del ítem eliminado referente al registro de la existencia de la hoja de “medios invasivos” durante la primera ronda de validación por juicio de expertos con sus respectivas medidas de tendencia central.

Figura 1

Registro de la existencia de medios invasivos (cánulas, sondas, accesos vasculares)

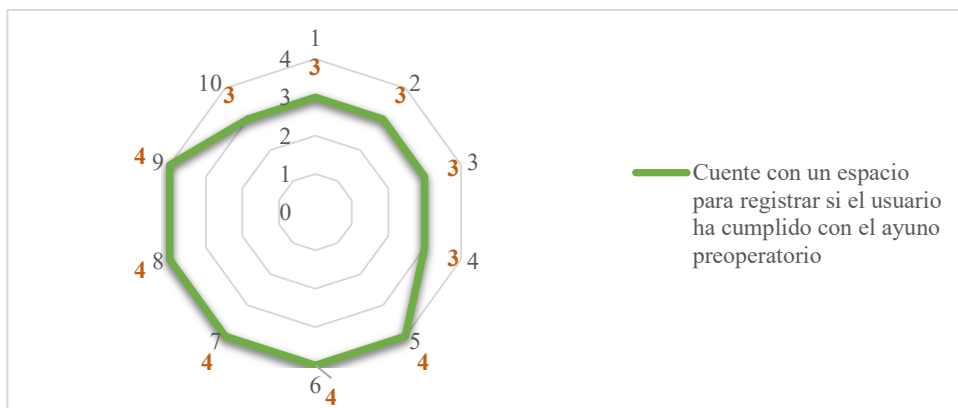


Nota: El ítem obtuvo una media de 3.6 (mediana 3, moda 3). Dado que no alcanzó el punto de corte establecido (≥ 4), este ítem fue considerado para eliminación o revisión en su redacción, ya que la mayoría de los jueces no lo consideró suficientemente pertinente.

En seguida, en la figura 2 se presenta el gráfico del ítem eliminado referente a que la hoja de registros clínicos de Enfermería perioperatoria cuente con un espacio para registrar si el usuario ha cumplido con el ayuno preoperatorio.

Figura 2

El paciente ha cumplido el ayuno preoperatorio.



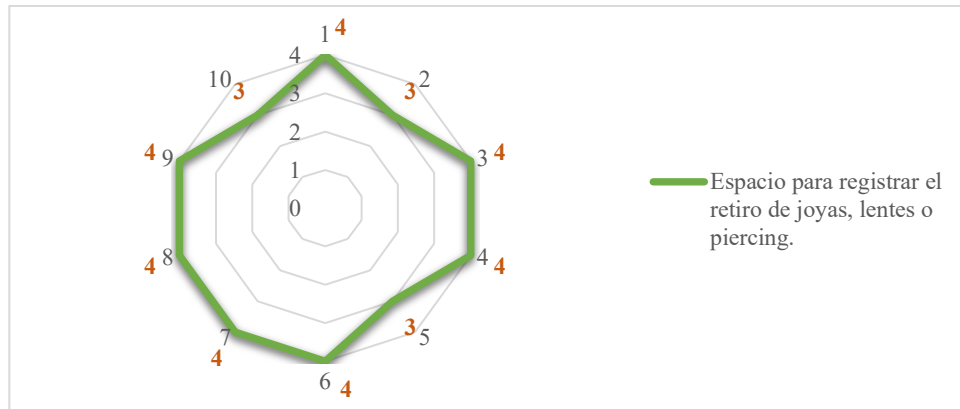
Nota: El ítem cumplimiento del ayuno preoperatorio obtuvo una media de 3.5 (mediana 3.5, moda 3) desviación estándar 0.53, con baja dispersión de las respuestas. Al no superar el punto de corte establecido (≥ 4), se consideró para eliminación o reestructuración, dado que los jueces expertos no lo valoraron con la suficiente pertinencia para ser incluido en la versión final del instrumento.

El ítem antes mencionado, entre otros motivos de eliminación fue por considerarse repetitivo, debido a que se cuenta con otros espacios para hacer referencia al tiempo de ayuno preoperatorio.

En la figura 3 se presenta el gráfico del ítem eliminado referente a que la hoja de registros clínicos de Enfermería perioperatoria cuente con un espacio para registrar el retiro de joyas, lentes o piercing.

Figura 3

Espacio para registrar el retiro de joyas o lentes.

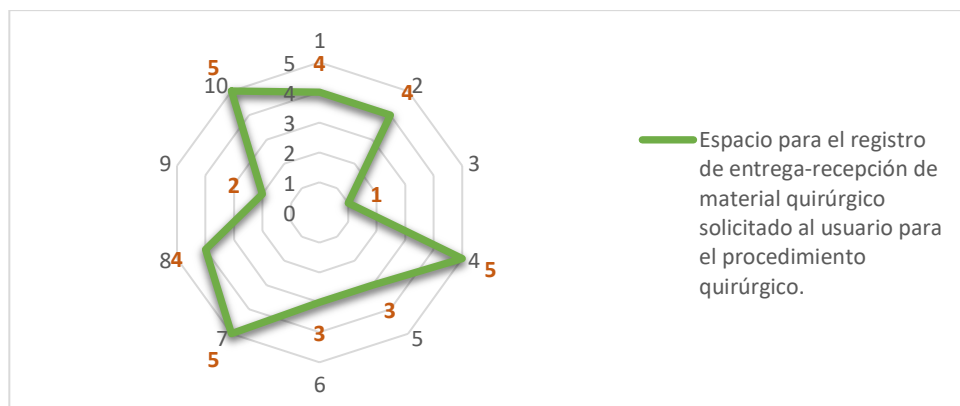


Nota: El ítem arriba mencionado obtuvo una media de 3.7 (mediana 4, moda 4) desviación estándar 0.48, con baja dispersión en las respuestas. Aunque la mayoría de los expertos lo valoraron como pertinente, no alcanzó el punto de corte establecido (≥ 4).

Consecutivamente, en la figura 4 se presenta el gráfico del ítem eliminado referente al espacio para registrar la entrega recepción de material quirúrgico solicitado al usuario para su intervención.

Figura 4

Entrega - recepción de material quirúrgico.



Nota: El ítem relativo al registro de entrega-recepción de material quirúrgico obtuvo una media de 3.6 (mediana 4, moda 4) desviación estándar 1.35 con una alta dispersión en las



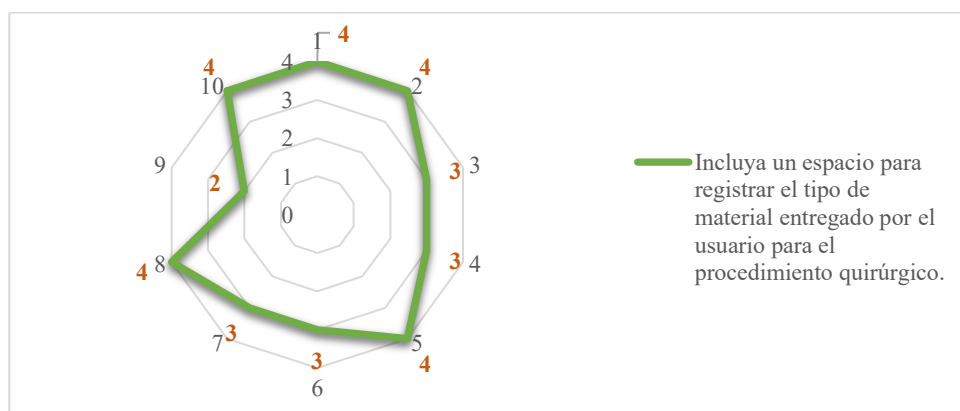
respuestas. Al no alcanzar el punto de corte establecido (≥ 4) y presentar falta de consenso entre los expertos, se determinó su eliminación del instrumento.

De acuerdo con las respuestas cualitativas obtenidas por algunos expertos, se consideró que este aspecto corresponde a procesos administrativos y no directamente a la documentación clínica perioperatoria.

Posteriormente, en la figura 5 se presenta el gráfico del ítem eliminado referente a que la hoja incluya un espacio para el registro del tipo de material entregado por el usuario para el procedimiento quirúrgico.

Figura 5

Espacio para registrar el tipo de material entregado.



Nota: El ítem sobre el registro del tipo de material entregado por el usuario obtuvo una media de 3.4 (mediana 3.5, moda 4) desviación estándar 0.69, no alcanzó el punto de corte establecido (≥ 4). Aunque algunos expertos lo valoraron como pertinente, las puntuaciones bajas reflejan falta de consenso.

Al termino de la primera ronda se quedaron únicamente 42 ítems de los 48 ítems iniciales.



Periodo Transoperatorio

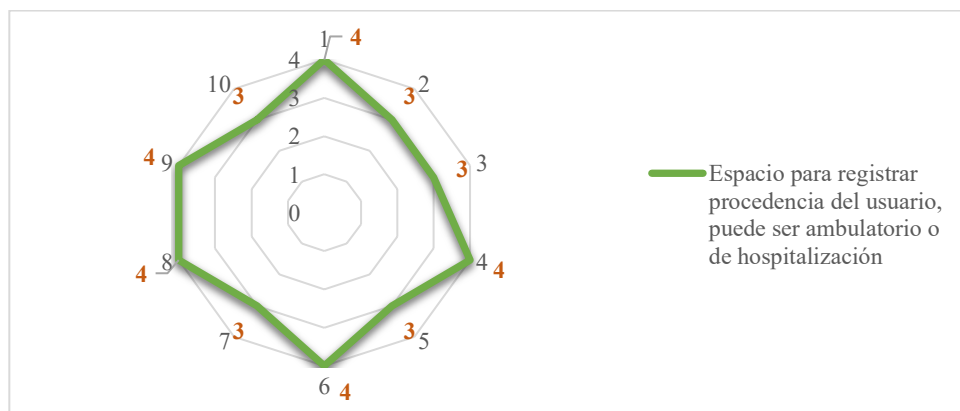
En este periodo los diez expertos evaluaron un total de 37 ítems; para cada uno de los ítems se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

En seguida, se presentan los gráficos de los ítems eliminados durante la primera ronda de validación por juicio de expertos, correspondiente al instrumento del transoperatorio.

En la figura 6 se presenta el gráfico del ítem eliminado del periodo transoperatorio referente a la necesidad de que la hoja de registros clínicos cuente con un espacio para registrar procedencia del usuario (ambulatorio u hospitalización).

Figura 6

Espacio para registrar procedencia del usuario



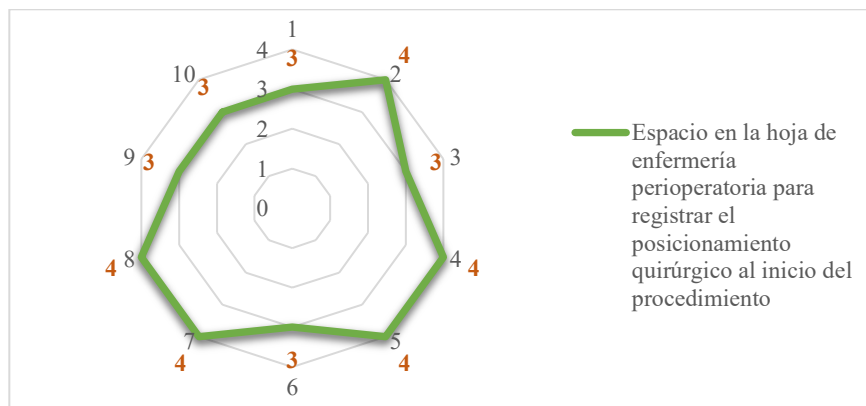
Nota: El ítem sobre el registro de la procedencia del usuario obtuvo una media de 3.5 (mediana 3.5, moda 3), desviación estándar 0.53 sin alcanzar el punto de corte establecido (≥ 4). La baja variabilidad de las respuestas indica un consenso entre los expertos respecto a su limitada pertinencia, por lo que se determinó su eliminación del instrumento.



En la figura 7 se presenta el gráfico del ítem eliminado referente al espacio requerido para realizar el registro del tipo de posicionamiento quirúrgico al inicio del procedimiento.

Figura 7

Registro del posicionamiento quirúrgico

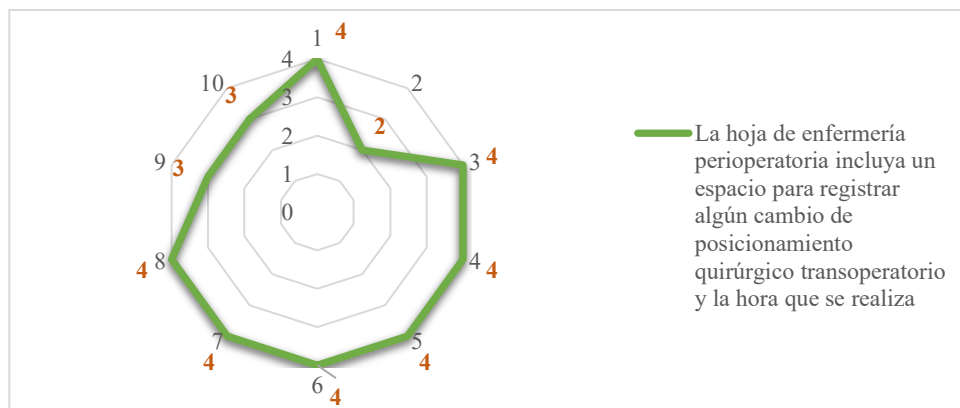


Nota: El ítem sobre el registro del posicionamiento quirúrgico al inicio del procedimiento obtuvo una media de 3.5 (mediana 3.5, moda 3), desviación estándar 0.53 con baja dispersión en las respuestas. Al no superar el punto de corte establecido (≥ 4), fue considerado para eliminación, dado que los expertos no lo valoraron como suficientemente pertinente en la hoja de registros clínicos perioperatorios.

A continuación, en la figura 8, se presenta el gráfico del ítem eliminado referente al espacio requerido para registrar algún cambio de posicionamiento quirúrgico y la hora que se realiza.

Figura 8

Espacio en la hoja para el registro de algún cambio de posicionamiento



Nota: El ítem sobre el registro de cambios de posicionamiento quirúrgico transoperatorio obtuvo una media de 3.6 (mediana 4, moda 4) con dispersión moderada en las respuestas. Al no superar el punto de corte establecido (≥ 4), se consideró para eliminación.

A pesar de que, varios expertos lo valoraron como pertinente, existió desacuerdo que limitó el consenso respecto a su inclusión en la hoja de registros clínicos perioperatorios.

En relación con los ítems vinculados al posicionamiento quirúrgico del paciente, se observó que tanto el registro del posicionamiento inicial al inicio del procedimiento como el de los cambios transoperatorios y la hora en que se realizan, obtuvieron medias inferiores al punto de corte establecido (≥ 4), con valores de 3.5 y 3.6 respectivamente. En ambos casos, la mediana y la moda fueron de 4, lo que indica que varios expertos los consideraron pertinentes; sin embargo, la presencia de puntuaciones bajas (2 y 3) redujo el promedio global, generando falta de consenso pleno. La dispersión fue baja en el ítem de posicionamiento inicial ($DE = 0.53$) y moderada en el de cambios transoperatorios ($DE = 0.69$), reflejando cierta variabilidad en las valoraciones. Dado que ninguno de los ítems alcanzó la media mínima requerida, fueron considerados para eliminación, señalando que, aunque el posicionamiento quirúrgico es un aspecto clínico relevante, su registro podría estar



integrado en otros apartados de la hoja perioperatoria o vinculado a formatos específicos de seguridad y anestesia.

Al término de la primera ronda de validación por juicio de expertos del periodo transoperatorio se eliminaron únicamente tres ítems, por lo tanto, se quedaron 34 ítems de las 37 iniciales.

Periodo Posoperatorio Inmediato

En este último periodo perioperatorio, los diez expertos evaluaron un total de 27 ítems; para cada uno de los ítems se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

En la primera ronda del periodo perioperatorio inmediato no se eliminaron ítems; sin embargo, a partir de las observaciones de los jueces expertos se identificó duplicidad temática en los ítems 5 y 6, ambos relacionados con el registro del riesgo de caídas. El ítem 5 contemplaba la inclusión de un espacio para documentar la hora de la valoración inicial y las intervenciones realizadas al usuario, mientras que el ítem 6 proponía un espacio para la revaloración del riesgo de caídas, incorporando además la hora, las intervenciones efectuadas y las observaciones pertinentes. Dado que ambos abordaban dimensiones complementarias de un mismo aspecto clínico, se determinó su unificación en un solo ítem que integrara tanto la valoración inicial como la revaloración subsecuente, así como la hora, intervenciones y observaciones correspondientes. Esta decisión permitió evitar redundancia en el instrumento y, al mismo tiempo, fortalecer la pertinencia y claridad del registro propuesto.

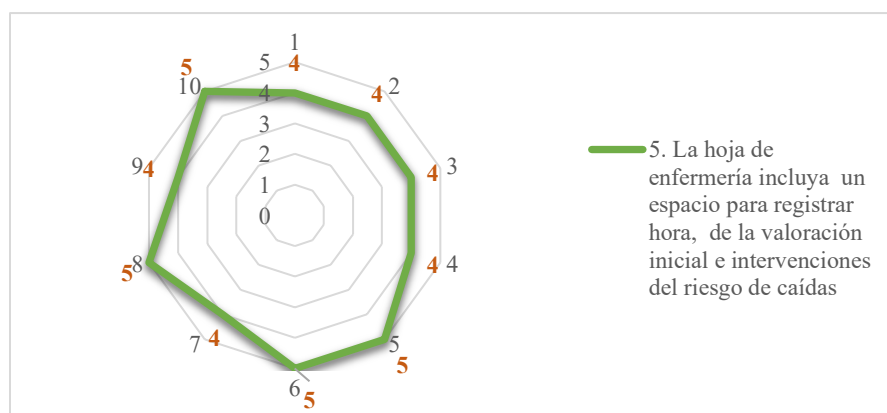
Para una mejor comprensión de los resultados, se presentan las figuras 9 y 10 correspondientes a los ítems 5 y 6, en los cuales se pueden observar los valores asignados



por los jueces expertos. En ambos casos, las puntuaciones obtenidas superaron el punto de corte establecido, por lo que fueron considerados pertinentes para su inclusión en la hoja de registros clínicos perioperatorios. No obstante, dado que ambos ítems abordaban aspectos complementarios sobre el riesgo de caídas, se determinó su unificación en un solo ítem, con el fin de evitar redundancia y garantizar mayor claridad en el instrumento.

Figura 9

Espacio para registrar hora de valoración inicial e intervenciones del riesgo de caídas.



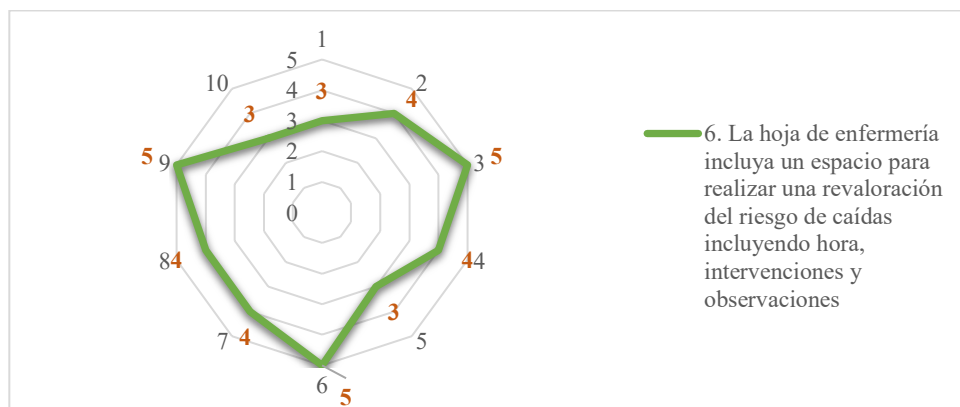
Nota: El ítem sobre la valoración inicial e intervenciones del riesgo de caídas obtuvo una media de 4.4 (mediana 4, moda 4), con una baja dispersión en las respuestas ($DE = 0.52$).

Este resultado evidencia un alto nivel de consenso entre los expertos, superando el punto de corte establecido (≥ 4). Por lo tanto, el ítem fue considerado pertinente para mantenerse en la hoja de registros clínicos perioperatorios, dado que documentar este aspecto contribuye a la seguridad del paciente.

Figura 10



Espacio para realizar una revaloración del riesgo de caídas incluyendo hora, intervenciones y observaciones



Nota: El ítem sobre la revaloración del riesgo de caídas obtuvo una media de 4.0 (mediana 4, moda 3), con una dispersión moderada en las respuestas ($DE = 0.94$). Si bien alcanzó el punto de corte establecido (≥ 4), las valoraciones reflejan cierta variabilidad entre los expertos, evidenciada en la moda de 3.

A pesar de esta diferencia, el ítem fue considerado pertinente y se mantuvo en el instrumento, dado que la revaloración del riesgo de caídas constituye una práctica fundamental para la seguridad del paciente. No obstante, se sugirió su unificación con el ítem de valoración inicial del riesgo de caídas, a fin de evitar redundancia y asegurar mayor claridad en el registro.

Al término de la primera ronda de validación por juicio de expertos del periodo posoperatorio inmediato se eliminaron únicamente un ítem, por lo tanto, se quedaron 26 ítems de las 27 iniciales.



Ronda 2

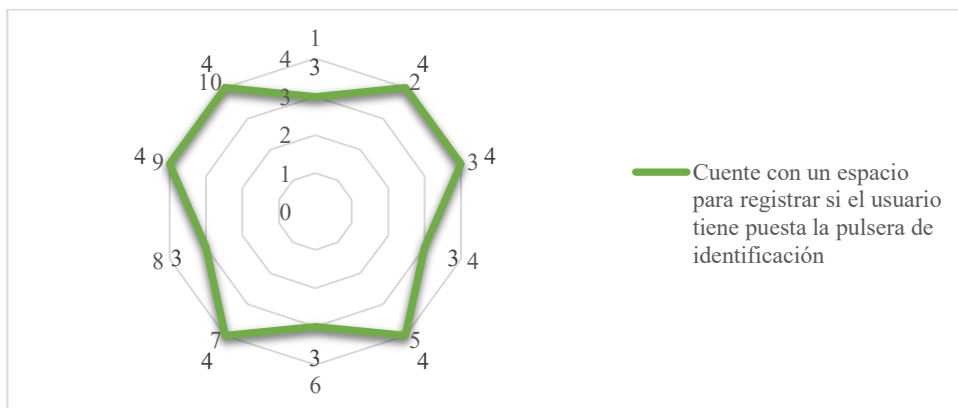
En esta segunda ronda, se volvió a someter a validación mediante juicio de expertos los tres instrumentos del periodo perioperatorio. A través de este proceso fue posible refinar aún más los instrumentos, detectando ítems cuya redacción debía modificarse, otros que podían fusionarse por su contenido similar y algunos que, pese a haber sido validados cuantitativamente, fueron considerados prescindibles por su baja relevancia operativa, y se recomendó su eliminación.

Periodo Preoperatorio Inmediato

A continuación, en la figura 11, se presenta el gráfico del ítem eliminado referente al registro si el paciente tiene puesta la pulsera de identificación.

Figura 11

Registro del uso de pulsera de identificación del paciente.



Nota: El ítem obtuvo una media de 3.6 (mediana 4, moda 4), con baja dispersión en las respuestas ($DE = 0.52$). No supera el punto de corte establecido (≥ 4), por lo tanto, se consideró para eliminación.



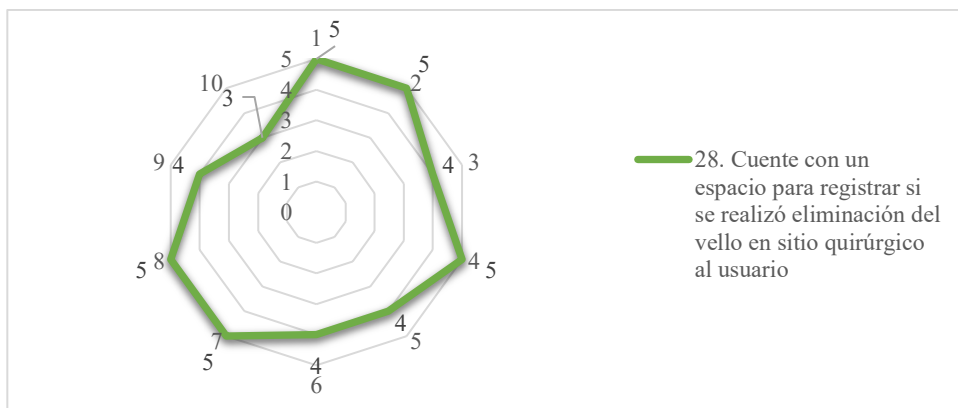
Se evidencia que las observaciones cualitativas aportaban un matiz relevante: los jueces enfatizaron que lo fundamental no es registrar si el paciente porta o no la pulsera, sino verificar que los datos contenidos en ella sean correctos y completos. Al ser esta una acción inherente a la admisión de todo paciente se sugirió que la redacción del ítem fuera ajustada para resaltar la verificación de los datos de la pulsera, más que la simple constatación de su existencia.

En el análisis de la segunda ronda se identificó que los ítems 28 y 29 abordaban un mismo aspecto clínico: la eliminación del vello en el sitio quirúrgico. El ítem 28 se refería únicamente a registrar si se realizó dicha acción, mientras que el ítem 29 solicitaba documentar además el método empleado para llevarla a cabo. Considerando que ambos ítems resultaban complementarios y que mantenerlos por separado generaba redundancia en el instrumento, los jueces expertos recomendaron su unificación en un solo ítem que integrara tanto la verificación de la eliminación del vello como el método utilizado. Esta decisión permitió simplificar la estructura del registro y, al mismo tiempo, garantizar la pertinencia y exhaustividad de la información consignada.

Por tal motivo, se tomó en consideración que la hoja si debe contar con un espacio para registrar si se realizó la eliminación del vello en el sitio quirúrgico, especificando el método utilizado. En seguida, en la figura 12 y 13 se observa los gráficos de los valores obtenidos de acuerdo con cada ítem mencionados con antelación.

Figura 12

Espacio para registrar si se realizó el retiro de vello en sitio quirúrgico

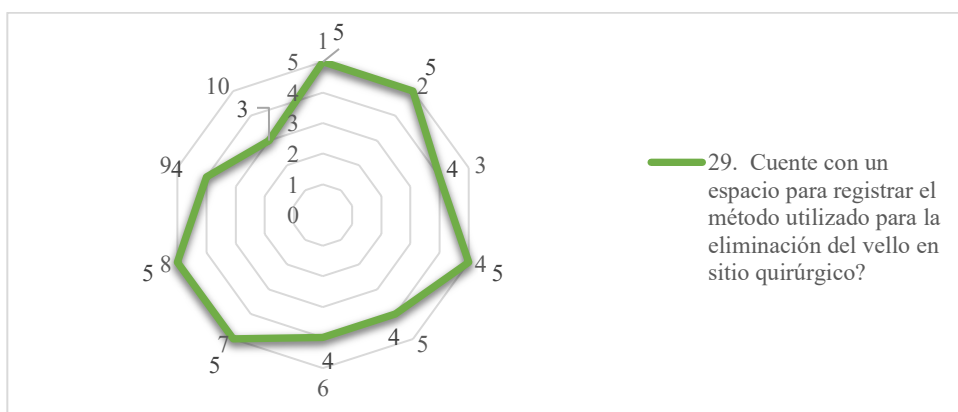


Nota: El ítem sobre la eliminación del vello en sitio quirúrgico obtuvo una media de 4.4 (mediana 4.5, moda 5), con una dispersión moderada en las respuestas ($DE = 0.70$). Estos resultados muestran un alto nivel de aceptación por parte de los expertos, superando el punto de corte establecido (≥ 4).

La mayoría valoró este ítem con puntuaciones de 4 y 5, lo que evidencia consenso en la pertinencia de incluir este registro en la hoja perioperatoria, dado que constituye una práctica vinculada a la preparación segura del paciente para el procedimiento quirúrgico.

Figura 13

Registro del método utilizado para el retiro del vello en sitio quirúrgico





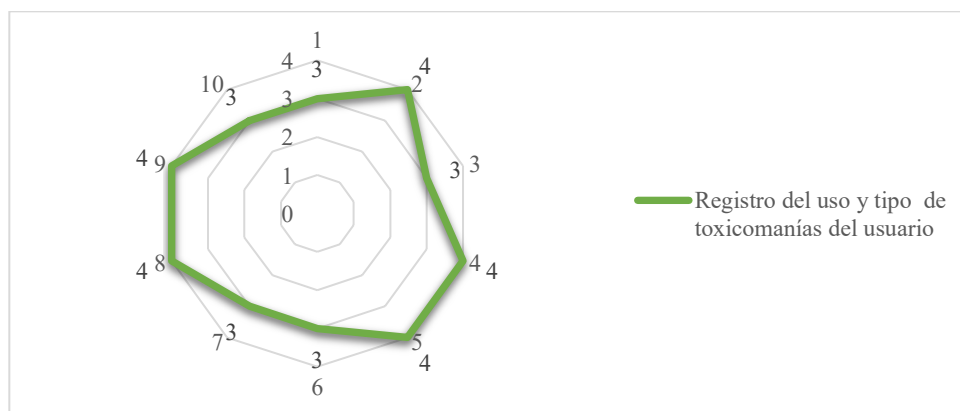
Nota: El ítem sobre el método utilizado para la eliminación del vello en sitio quirúrgico obtuvo una media de 4.4 (mediana 4.5, moda 5), con una dispersión moderada en las respuestas ($DE = 0.70$). Estos resultados evidencian alto nivel de aceptación entre los expertos, quienes en su mayoría lo calificaron con valores de 4 y 5.

Igual que el ítem previo sobre la verificación de si se realizó la eliminación del vello, este fue considerado pertinente para mantenerse en el instrumento. No obstante, para evitar redundancia, ambos ítems fueron unificados en un solo enunciado, integrando tanto la constatación de la práctica como el registro del método empleado, fortaleciendo así la claridad y utilidad del registro clínico.

A continuación, en la figura 14, se presenta el gráfico de los datos obtenidos del ítem eliminado referente al registro del uso y tipo de toxicomanías utilizadas por el usuario.

Figura 14

Registro del uso y tipo de toxicomanías



Nota: El ítem sobre el registro del uso y tipo de toxicomanías del usuario obtuvo una media de 3.5 (mediana 3.5, moda 3), con baja dispersión en las respuestas ($DE = 0.53$). Este



resultado muestra que no alcanzó el punto de corte establecido (≥ 4), lo que refleja un nivel de aceptación limitado por parte de los expertos.

Además, en las observaciones cualitativas se señaló que, aunque la información sobre toxicomanías puede ser de interés clínico, en muchas ocasiones los datos proporcionados por el usuario no son verídicos o tienden a ocultarse, lo cual compromete la confiabilidad de este registro. Por esta razón, el ítem fue considerado para eliminación o modificación, priorizando la integración de fuentes de información más objetivas y verificables dentro del expediente clínico.

Al término de la segunda ronda de validación por juicio de expertos del periodo preoperatorio inmediato se eliminaron cuatro ítems, por lo tanto, se quedaron 37 ítems de las 42 iniciales.

Periodo Transoperatorio

En el análisis de este bloque se observó que los ítems relacionados con el registro de la isquemia abordaban aspectos complementarios: el primero hacía referencia al tipo y sitio de isquemia, mientras que el segundo se centraba en documentar la presión utilizada para la misma, en caso de que se pudiera obtener cifras. Ambos obtuvieron valoraciones favorables por parte de los expertos, superando el punto de corte establecido, lo que evidenció su pertinencia en el registro clínico perioperatorio. Sin embargo, dado que ambos elementos forman parte de un mismo procedimiento y mantenerlos separados implicaba redundancia, los jueces recomendaron su unificación en un solo ítem que integre tanto el tipo y sitio de la isquemia como la presión empleada, en caso de poder obtener cifras. Esta decisión permitió fortalecer la claridad y la funcionalidad del instrumento, evitando la fragmentación de la información.

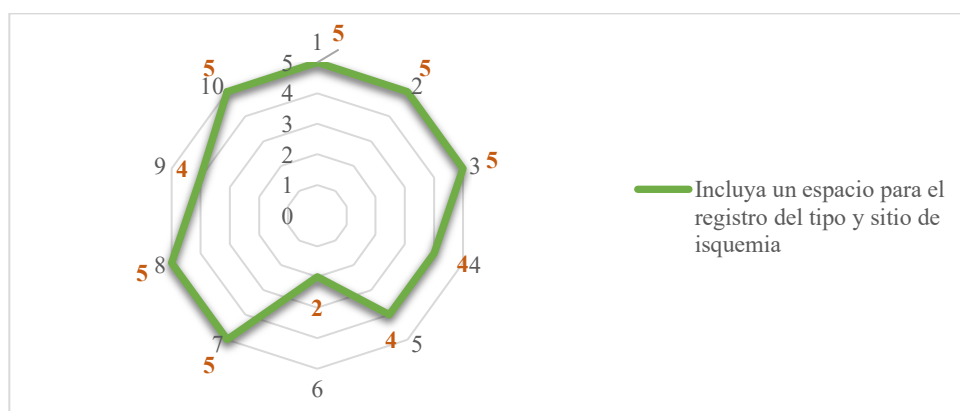


Esta recomendación de unificar se basó en la redundancia de contenido, la necesidad de mayor claridad o la posibilidad de optimizar el diseño del formato, mejorando su aplicabilidad práctica en el entorno clínico perioperatorio.

En seguida en las figuras 15 y 16 se podrá observar los valores obtenidos de los ítems que se fusionaron.

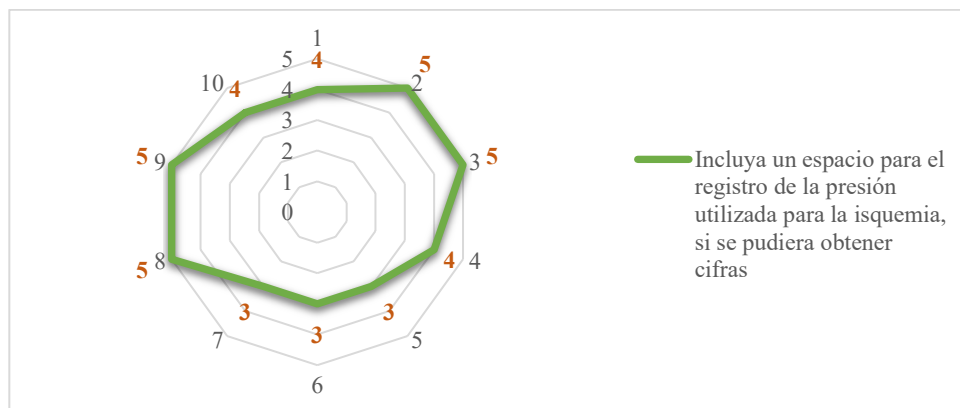
Figura 15

Espacio para registro del tipo y sitio de isquemia



Nota: El ítem sobre el registro del tipo y sitio de isquemia obtuvo una media de 4.4 (mediana 5, moda 5), con una dispersión moderada en las respuestas ($DE = 0.97$). Estos resultados reflejan un alto nivel de aceptación entre los expertos, superando el punto de corte establecido (≥ 4).

La mayoría de las valoraciones se concentraron en 4 y 5, lo que evidencia consenso en la pertinencia de documentar este aspecto en la hoja de registros clínicos perioperatorios. Por esta razón, el ítem fue considerado válido para mantenerse en el instrumento, posteriormente integrándose con el ítem referente a la presión utilizada para la isquemia, con el fin de consolidar la información en un solo apartado y evitar redundancia.

**Figura 16***Registro de la presión de la isquemia*

Nota: El ítem sobre el registro de la presión utilizada para la isquemia obtuvo una media de 4.1 (mediana 4, moda 5), superando ligeramente el punto de corte establecido (≥ 4). Si bien la mayoría de las valoraciones se concentraron en 4 y 5, lo que refleja aceptación del ítem, también se presentaron algunas puntuaciones bajas (3), lo que generó una dispersión moderada ($DE = 0.88$). Estos resultados muestran que, aunque pertinente, el ítem puede requerir ajustes en su redacción o integración con otros apartados relacionados con la isquemia, con el fin de consolidar la información y evitar redundancia.

Al final de esta segunda ronda del periodo transoperatorio, únicamente fue necesario fusionar dos ítems, por lo tanto, de 34 ítems con los que inició la ronda, queda con 33 ítems en total.

Periodo Posoperatorio Inmediato

En el periodo posoperatorio inmediato, durante la segunda ronda de validación, se identificó que los ítems 8 y 9 abordaban aspectos complementarios del manejo del dolor. El ítem 8 hacía referencia al registro de la valoración inicial y las intervenciones realizadas,

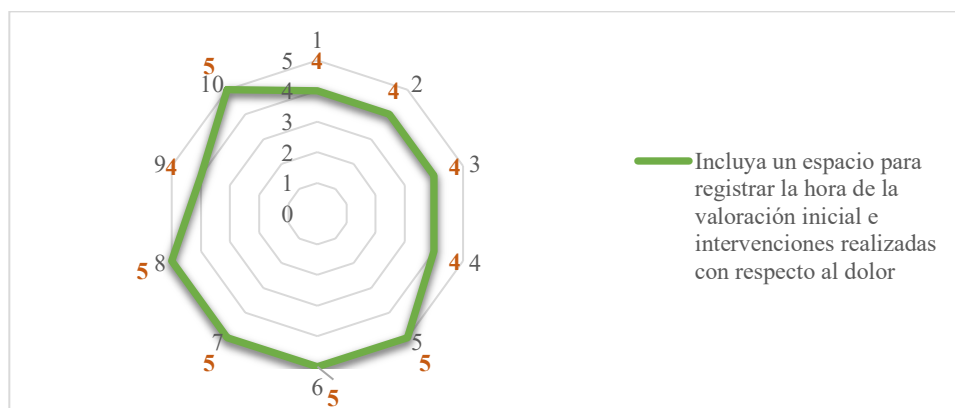


mientras que el ítem 9 proponía incluir un espacio para la revaloración del dolor, incorporando además la hora, las intervenciones efectuadas y las observaciones. Ambos ítems obtuvieron puntuaciones superiores al punto de corte establecido, lo que reflejó un alto nivel de aceptación entre los expertos. Sin embargo, con el fin de evitar redundancia y mejorar la claridad del instrumento, se determinó su fusión en un único ítem, que integrara tanto la valoración inicial como las revaloraciones subsecuentes, junto con las intervenciones y observaciones pertinentes. Esta decisión permitió consolidar la información sobre el manejo del dolor en un apartado único, fortaleciendo la pertinencia clínica del registro.

A continuación, en las figuras 17 y 18 a través de los gráficos, se podrá observar los valores obtenidos de cada ítem.

Figura 17

Espacio para registro de hora de valoración inicial del dolor



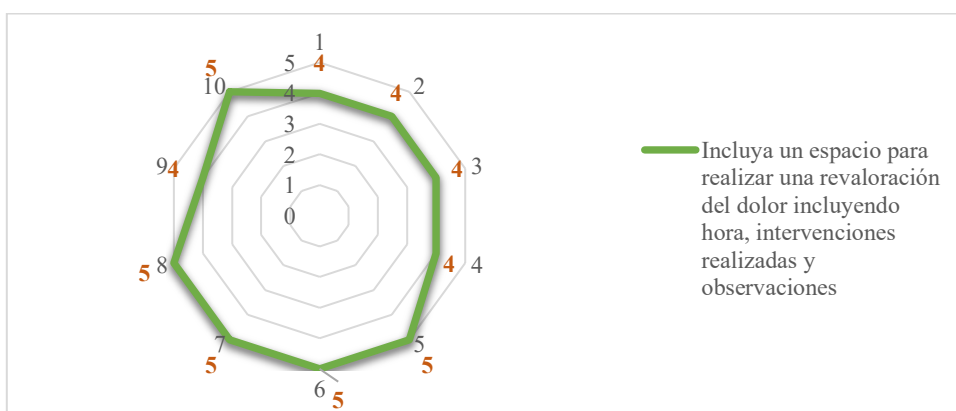
Nota: 1 ítem sobre la valoración inicial e intervenciones relacionadas con el dolor obtuvo una media de 4.5 (mediana 4.5, moda 4), con baja dispersión en las respuestas ($DE = 0.53$). Estos resultados superan el punto de corte establecido (≥ 4), lo que refleja un alto nivel de aceptación y consenso entre los expertos.



La mayoría de las valoraciones se concentraron en 4 y 5, confirmando la pertinencia de incluir este registro en el instrumento, dado que documentar de manera sistemática la valoración y las intervenciones frente al dolor es una práctica esencial en el periodo posoperatorio inmediato.

Figura 18

Revaloración del dolor



Nota: El ítem sobre la revaloración del dolor obtuvo una media de 4.5 (mediana 4.5, moda 4), con baja dispersión en las respuestas ($DE = 0.53$). Este resultado indica un alto nivel de aceptación entre los expertos, superando el punto de corte establecido (≥ 4).

Sin embargo, al analizarse junto con el ítem sobre la valoración inicial e intervenciones frente al dolor, se identificó duplicidad de contenido, ya que ambos abordan aspectos complementarios de un mismo proceso clínico. Por ello, se determinó su fusión en un solo ítem, que integrara tanto la valoración inicial como las revaloraciones subsecuentes, además de registrar hora, intervenciones y observaciones. Esta decisión permitió consolidar la información y evitar redundancias en el instrumento.



Por lo tanto, en esta segunda ronda del periodo posoperatorio inmediato, no se eliminaron ítems, únicamente se fusionaron los ítems 8 y 9, quedando así 25 ítems en total para el periodo antes mencionado.

Ronda 3

La tercera ronda del proceso de validación tuvo como propósito confirmar cuantitativamente la aceptación final del instrumento unificado de registros clínicos de enfermería perioperatoria, una vez depurados y refinados los ítems durante las rondas previas. En esta fase, los **64** ítems sobrevivientes fueron evaluados por 10 expertos a través de una escala de Likert de cinco puntos, en la cual se calificó el grado de claridad y pertinencia de cada campo (1 = no pertinente, 5 = totalmente claro y pertinente). A diferencia de las rondas anteriores, no se solicitaron comentarios cualitativos ni se planteó la eliminación de nuevos ítems, ya que el instrumento se encontraba en su fase final de afinación.

El tratamiento estadístico incluyó medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar) para cada ítem. Los resultados arrojaron medias elevadas en todos los casos, así como rangos mínimos y máximos que oscilaron exclusivamente entre 3 y 5, lo cual reflejó una alta aceptación general del contenido. Por tanto, la tercera ronda permitió consolidar la estructura definitiva del instrumento y sustentar su viabilidad para ser implementado en la práctica clínica.

Una vez realizada la depuración del instrumento mediante la eliminación y fusión de ítems que no alcanzaron el punto de corte establecido, posteriormente, se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach a las respuestas obtenidas en las diferentes rondas, con el fin de determinar la consistencia interna del instrumento y verificar estadísticamente su fiabilidad.



Alfa de Cronbach

Con el fin de evaluar la consistencia interna del instrumento, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los tres periodos del proceso perioperatorio (preoperatorio inmediato, transoperatorio y posoperatorio inmediato), en cada una de las rondas de validación. Los resultados se presentan a través de tablas comparativas, lo que permite observar la evolución del nivel de fiabilidad en cada periodo a lo largo del proceso de depuración y ajuste del instrumento. Esta organización facilita identificar los bloques con mayor homogeneidad y aquellos que requirieron modificaciones para alcanzar valores óptimos de consistencia interna.

Periodo Preoperatorio Inmediato

Tabla 1

Comparación de consistencia interna por Alfa de Cronbach

Resumen de resultados

Ronda	Número de ítems	Alfa de Cronbach
1ª	48	0.967
2ª	42	0.965
3ª	37	0.967

Nota: Durante las tres rondas de validación por juicio de expertos, el instrumento preoperatorio mostró una consistencia interna sobresaliente.

En la 1ª ronda, con 48 ítems, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.967. En la 2ª ronda, tras una primera depuración, se redujo a 42 ítems con un alfa de 0.965. Finalmente, en la 3ª ronda, se consolidó una versión de 37 ítems manteniendo el alfa de 0.967.



Estos resultados demuestran que el proceso de refinamiento no comprometió la confiabilidad del instrumento, lo cual respalda la validez del contenido. La estabilidad del coeficiente alfa a lo largo de las tres fases indica que los ítems conservados son altamente consistentes entre sí y adecuados para evaluar el constructo propuesto, validando la utilidad del instrumento en contextos clínicos reales.

Periodo Transoperatorio

Tabla 2

Comparación de consistencia interna por Alfa de Cronbach

Resumen de resultados

Ronda	Número de ítems	Alfa de Cronbach
1 ^a	37	0.97
2 ^a	34	0.969
3 ^a	33	0.969

Nota: El análisis de confiabilidad realizado sobre el instrumento transoperatorio a lo largo de tres rondas de validación por juicio de expertos muestra una consistencia interna sobresaliente en todas sus fases.

En la 1^a ronda, con 37 ítems, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.970. Posteriormente, en la 2^a ronda, el instrumento fue depurado a 34 ítems, manteniendo un alfa de 0.969. Finalmente, en la 3^a ronda, con 33 ítems, el alfa permaneció estable en 0.969.

Esta estabilidad en los valores del alfa de Cronbach, a pesar de la reducción en el número de ítems, demuestra que el instrumento conserva su solidez psicométrica. La depuración realizada no comprometió la confiabilidad del instrumento, lo que indica que los



ítems eliminados no aportaban significativamente a la coherencia del constructo. Por lo tanto, se valida la efectividad del proceso de mejora y la pertinencia de los ítems conservados en el instrumento final.

Periodo Posoperatorio Inmediato

Tabla 3

Comparación de consistencia interna por Alfa de Cronbach

Resumen de resultados

Ronda	Número de ítems	Alfa de Cronbach
1 ^a	27	0.901
2 ^a	26	0.915
3a	25	0.923

Nota: El análisis de confiabilidad del instrumento posoperatorio a lo largo de tres rondas de validación por juicio de expertos evidencia una mejora progresiva en su consistencia interna.

En la 1^a ronda, con 27 ítems, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.901, considerado adecuado. En la 2^a ronda, tras una primera depuración a 26 ítems, el valor aumentó a 0.915. Finalmente, en la 3^a ronda, con una versión depurada de 25 ítems, el coeficiente alcanzó un valor de 0.923.

Este incremento progresivo indica que los ajustes realizados en las siguientes rondas fortalecieron la homogeneidad del instrumento. La reducción de ítems no solo mantuvo la confiabilidad, sino que la optimizó, validando así la pertinencia del proceso de depuración aplicado y la solidez del contenido conservado.



VIII. DISCUSIÓN

Validación Progresiva del Instrumento: Resultados Cuantitativos y

Cualitativos

Durante la primera ronda de validación por juicio de expertos, se aplicaron tres instrumentos diseñados para los periodos preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio. La evaluación se realizó mediante una escala tipo Likert, y se estableció como criterio de depuración eliminar todos los ítems con promedios inferiores a 4.0. Esta decisión metodológica coincidió con el enfoque propuesto por autores como González (2021) y Vicente et al. (2024), quienes destacan que una buena práctica en la validación de instrumentos consiste en retener aquellos componentes que reflejan un alto consenso teórico y operativo entre profesionales del área.

Los resultados de esta primera ronda permitieron detectar con claridad cuáles campos eran considerados ambiguos, redundantes o poco útiles en la práctica. Entre los ítems eliminados en esta etapa se incluyeron aquellos relacionados con escalas específicas como ASA y ELPO, así como campos duplicados o de baja prioridad clínica, lo cual favoreció la reducción del instrumento y fortaleció su validez de contenido.

En la segunda ronda se incorporaron comentarios cualitativos por ítem, bajo una estrategia de síntesis interpretativa fundamentada en la literatura de juicio de expertos (Rodríguez et al., 2021; Landaeta, 2024). Aunque solo se presentó un comentario por ítem, este fue elaborado como representación crítica y colectiva de los diez expertos participantes. Esta estrategia, que fue justificada con base en autores del estado del arte como González y Bermeo (2024), evitó la redundancia de opiniones individuales y permitió identificar ajustes



de redacción, fusiones necesarias entre campos similares, y la eliminación de ítems cuya pertinencia clínica era marginal.

Resultados de la Tercera Ronda: Consolidación Estadística

La tercera ronda consistió en aplicar el instrumento unificado ya depurado, con un total de 96 ítems. La escala Likert permitió medir el nivel de claridad y pertinencia de cada campo. El análisis estadístico se centró en tres bloques fundamentales: medidas de tendencia central, .

Los resultados globales mostraron una aceptación generalizada del instrumento, con medias por ítem superiores a 4.3 en su mayoría, y un 70% de respuestas concentradas en la categoría “totalmente claro y pertinente”. Ningún ítem fue calificado en los niveles más bajos de la escala (1 o 2), lo que indica la ausencia de disenso crítico. Esta tendencia coincide con lo planteado por Vicente et al. (2024), quienes consideran que una valoración sistemática y uniforme es indicio de claridad en el diseño y viabilidad operativa del instrumento.

En términos de dispersión, las desviaciones estándar fueron consistentemente bajas (entre 0.51 y 0.64), lo que refuerza la interpretación de estabilidad entre evaluadores. Asimismo, los valores mínimos y máximos por experto oscilaron entre 3 y 5, lo cual evidencia un uso medido de la escala, sin sesgos extremos.

Discusión del Estado del Arte: Coherencia con Necesidades Clínicas

El instrumento diseñado y validado responde de manera precisa a las necesidades identificadas tanto en el estado del arte como en el planteamiento del problema. Por un lado, autores como Soza et al. (2020) y CODEM (2020) señalaron que las fallas en la



documentación clínica de enfermería suelen relacionarse con la falta de estandarización, redacción ambigua, uso de formatos no actualizados y ausencia de elementos clave para la continuidad del cuidado. Todos estos elementos fueron abordados en la construcción de la hoja de registros, al incluir campos específicos para evidenciar localización de accesos vasculares (periféricos o centrales), valoración del dolor y riesgo de caída a través de una escala determinada, administración de medicamentos, ingresos y egresos, signos vitales y observaciones relevantes en cada una de las fases perioperatorias.

Además, Vicente et al. (2024) y González (2021) hacen hincapié en que el lenguaje técnico debe ser preciso, sin ambigüedades ni abreviaturas, y que los registros deben responder a criterios de claridad, utilidad y aplicabilidad legal. La validez teórica y práctica del instrumento validado en este trabajo terminal se refuerza con esta premisa, ya que cada campo fue revisado por expertos con experiencia clínica quirúrgica directa, asegurando que el diseño final no solo cumpla con la normativa (como la NOM-004-SSA3-2012), sino que facilite también la implementación en escenarios reales.

Triangulación con Argumentos Personales y Contexto Operativo

Desde la experiencia práctica de la autora, quien labora en el área quirúrgica, se identificó la necesidad de contar con un formato que respondiera a la diversidad de procedimientos, equipos de salud y pacientes atendidos en un hospital de segundo nivel. La falta de estandarización observada en la hoja actual utilizada por la institución provocaba omisión de apartados específicos para documentar intervenciones importantes realizadas por el personal de enfermería durante todo el periodo perioperatorio, desorganización en la información documentada, dificultades en la continuidad del cuidado y particularmente la hoja de enfermería perioperatoria actualmente no contempla el registro detallado de



intervenciones clínicas y administrativas que, en determinados contextos, pudieran tener relevancia legal en caso de una queja, reclamación o procedimiento jurídico. Esta omisión representa una limitante importante en la protección legal del profesional de enfermería, ya que la ausencia de evidencia escrita puede dificultar la defensa ante posibles señalamientos por omisión o negligencia en la atención. Esta percepción fue confirmada por los resultados de la primera ronda, donde varios ítems obtuvieron puntajes bajos y fueron descartados por su escasa utilidad clínica.

La validación a través de juicio de expertos permitió garantizar que la propuesta se alineara con estándares clínicos de calidad, al mismo tiempo que respondiera a las necesidades operativas del contexto. La integración progresiva de las sugerencias de los evaluadores no solo fortaleció la calidad del instrumento, sino que propició un proceso colaborativo de co-construcción del conocimiento. Este enfoque está en línea con las recomendaciones de la literatura (Ortiz y Verdejo, 2024; Torres-Gómez et al., 2023), que subrayan la necesidad de diseñar herramientas que integren la práctica clínica real y el conocimiento técnico de los profesionales.

Contribuciones a la Seguridad del Paciente y la Gestión del Cuidado

Uno de los aportes más relevantes del instrumento diseñado es su contribución a la seguridad del paciente. La literatura revisada (Mayo Clinic, 2024; ADA, 2025) insiste en la importancia de documentar cada intervención de manera clara, oportuna y estandarizada para evitar eventos adversos, especialmente en procedimientos quirúrgicos. La hoja diseñada permite registrar información vital para la toma de decisiones clínicas y facilita la identificación de riesgos tempranos, como complicaciones anestésicas, reacciones adversas, infecciones o desequilibrios hemodinámicos.



Además, al integrar campos específicos para evaluar tolerancia al ayuno, administración de líquidos, egresos, estado de conciencia y evolución postoperatoria, la hoja contribuye a una vigilancia continua del estado clínico del paciente. Esto se traduce en un valor agregado para la gestión del cuidado, ya que permite monitorear en tiempo real la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Coherencia con los Objetivos de Investigación

Identificación de Necesidades de Información (Objetivo 1).

Mediante la revisión exhaustiva de la literatura científica, las disposiciones normativas nacionales –en especial la NOM-004-SSA3-2012– y la observación de los flujos de trabajo en el quirófano, se elaboró un mapa detallado de los datos clínicos que la enfermería requiere documentar de forma oportuna en cada fase perioperatoria. Este diagnóstico reveló vacíos recurrentes (omisión de signos vitales críticos, falta de registro de accesos vasculares y escasa trazabilidad de medicación) y duplicaciones innecesarias que sobrecargaban al personal. Al contrastar estos hallazgos con los planteamientos de CODEM (2020), González (2021) y Vicente et al. (2024), se confirmó la necesidad de un soporte documental estandarizado, centrado en seguridad del paciente y continuidad asistencial. De esta forma se cumplió, de manera plena, la meta de reconocer y jerarquizar la información esencial que debe integrarse en una hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria adaptada a un hospital de segundo nivel.

Diseño del Prototipo Preliminar (Objetivo 2).

Con las necesidades priorizadas, se construyó un instrumento inicial segmentado en tres secciones (preoperatorio inmediato, transoperatorio y posoperatorio inmediato) que incorporó 96 ítems distribuidos por dominios de valoración, intervención y evolución. El



prototipo se diagramó en un formato único, de fácil lectura, que integra casillas de chequeo, escalas estandarizadas y espacios cronológicos para evitar retrabajos. Asimismo, se alineó visualmente con la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS y con los lineamientos internos de la institución, asegurando compatibilidad operativa. El resultado fue un documento piloto que cubre de forma lógica los requerimientos detectados e introduce recursos gráficos que facilitan su llenado en tiempo real, satisfaciendo el segundo objetivo propuesto.

Validación Teórica Mediante Juicio de Expertos (Objetivo 3).

El prototipo fue sometido a tres rondas de evaluación con un panel de diez enfermeros con más de cinco años de experiencia en el área quirúrgica. En la Ronda 1 se aplicó una escala Likert de cinco puntos y se depuraron los ítems con promedio menor a 4.0, resultado en la eliminación de 5 preguntas. En la ronda 2 se incluyeron comentarios cualitativos que originaron la fusión, reescritura o supresión de otros 10 ítems por redundancia o baja pertinencia. Finalmente, en la ronda 3 se confirmó la claridad y relevancia de los 64 ítems restantes, con medias superiores a 4.4 y varianzas bajas. Este proceso, respaldado por la literatura sobre validación por consenso, cumplió de forma cabal la meta de garantizar la validez de contenido del instrumento.

Optimización y Consolidación del Diseño Final (Objetivo 4).

Integrando las sugerencias de las rondas previas, se produjo un formato unificado que reúne solo los campos esenciales, ordenados cronológicamente y con codificación alfanumérica para su posterior análisis estadístico en SPSS. Se eliminaron columnas innecesarias, se estandarizaron escalas (dolor, riesgo de caídas) y se añadieron celdas para balance hídrico-electrolítico, celdas para notificar y cuantificar diferentes tipos de drenajes,



reduciendo carga administrativa. La versión final, lista para pilotaje clínico, evidencia que el objetivo de optimizar el diseño se logró de manera íntegra, proporcionando a la institución una herramienta práctica, jurídicamente sólida y orientada a la mejora continua de la calidad y seguridad en el cuidado durante todo el periodo perioperatorio.



IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La necesidad de un formato estandarizado para los registros clínicos de enfermería perioperatoria es evidente, ya que permite una documentación más clara, pertinente, suficiente y organizada de los cuidados brindados durante las fases preoperatorio inmediato transoperatoria y posoperatoria inmediata. Esto fortalece la continuidad de la atención y facilita la toma de decisiones clínicas oportunas y seguras.

La aplicación de un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, así como el uso del juicio de expertos en varias rondas, permitió validar teóricamente el contenido de la hoja de registros clínicos, asegurando su pertinencia clínica, claridad operativa y relevancia profesional. La técnica empleada evidenció un alto nivel de consenso entre los expertos, con puntuaciones promedio superiores a 4.5 en la mayoría de los ítems evaluados.

El proceso de validación permitió identificar ítems poco relevantes, ambiguos o redundantes, los cuales fueron eliminados o modificados. Esta depuración fue esencial para optimizar el diseño final del instrumento, generando una herramienta más concisa, funcional y adaptada a la práctica clínica real.

La evaluación mediante escala de Likert en tres rondas mostró una aceptación general favorable del instrumento por parte de los expertos. Más del 90% de los ítems alcanzaron las categorías de “totalmente claro y pertinente” o “claro y pertinente con sugerencias mínimas”, evidenciando la solidez del diseño.

El diseño final del instrumento integra de forma efectiva elementos clave como: identificación del paciente, verificación pre-procedimiento que corresponde a la preparación física y documental requerida para realizar la intervención quirúrgica, signos vitales en cada



una de las etapas del periodo perioperatorio; así mismo se integraron elementos para la etapa de transoperatorio como información del equipo quirúrgico participante, conteo de material textil e instrumental utilizado en cada procedimiento quirúrgico, procedimientos planeado y realizados, ministración de medicamentos y soluciones parenterales; observaciones de enfermería en cada una de las tres etapas del perioperatorio; también cuenta con escalas para realizar valoración del dolor y riesgo de caídas con un enfoque centrado en la seguridad del paciente, la trazabilidad clínica y el cumplimiento normativo.

Desde el punto de vista legal, la hoja de registros clínicos de enfermería representa un documento con valor jurídico y probatorio, que respalda las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería. Su adecuada elaboración permite proteger al profesional en caso de auditorías, quejas o litigios, al evidenciar que se brindó una atención conforme a los protocolos establecidos (NOM-004-SSA3-2012). Por tanto, su correcta implementación no solo tiene implicaciones clínicas, sino también legales y éticas.

Se confirma que la validación por juicio de expertos es una metodología robusta para el desarrollo de herramientas clínicas, permitiendo no solo la evaluación cuantitativa, sino también la incorporación de mejoras cualitativas derivadas de la experiencia profesional.

La hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria diseñada a partir de este estudio representa una propuesta innovadora, validada y aplicable, que puede contribuir significativamente al fortalecimiento de la calidad del cuidado quirúrgico y al cumplimiento de estándares de documentación clínica y responsabilidad profesional en hospitales de segundo nivel.



Derivado de los hallazgos obtenidos durante el proceso de diseño y validación de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria, se identificaron aspectos clave que permiten fortalecer su implementación, aplicación y mejora continua. Las siguientes recomendaciones tienen como propósito orientar a las instituciones de salud, al personal de enfermería y a los responsables de gestión clínica, en la adopción efectiva del instrumento, asegurando su utilidad práctica, su integración normativa y su valor como herramienta que respalda la calidad y legalidad de los cuidados brindados en el entorno quirúrgico.

1. Implementar la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria validada en hospitales de segundo nivel, comenzando con una fase piloto que permita evaluar su aplicabilidad y realizar los ajustes necesarios. Esta estrategia garantiza la mejora continua en los procesos clínicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).
2. Capacitar al personal de enfermería de área quirúrgica sobre el uso correcto de la hoja, promoviendo el registro completo y oportuno como elemento esencial de la seguridad del paciente, de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente emitidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs, 2020).
3. Incorporar el instrumento diseñado en los procesos de auditoría clínica y gestión de calidad, como evidencia documental del cumplimiento de las intervenciones de enfermería durante el perioperatorio (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, 2012).



4. Revisar y actualizar periódicamente el contenido de la hoja conforme a los avances científicos, tecnológicos y normativos que impacten el entorno quirúrgico, asegurando su vigencia y relevancia clínica (Landaeta, 2024).
5. Ampliar la validación de la hoja de registros en otros niveles de atención y en contextos hospitalarios distintos, lo cual permitirá generalizar su uso y adaptar el instrumento a diversas realidades clínicas (Rodríguez et al., 2021).
6. Integrar progresivamente la hoja al expediente clínico electrónico, facilitando la documentación digital, la interoperabilidad de datos y el análisis institucional de indicadores de cuidado (Secretaría de Salud, 2020).
7. Promover la investigación continua en diseño de instrumentos clínicos de enfermería, favoreciendo la profesionalización, la toma de decisiones basadas en evidencia y el fortalecimiento del rol autónomo de enfermería (Escobar-Castellanos & Jara Concha, 2019).



X. BIBLIOGRAFÍA

- Abood, S. A., & Kum, S. S. (2023). Impact of perioperative nursing care on surgical outcomes. *American Journal of Nursing Practice*, 56(8), 745-757.
<https://doi.org/10.1111/ajnp.12485>
- Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14), 41–53.
<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
- American Diabetes Association. (2025). Standards of care in diabetes: Perioperative management guidelines. Recuperado de <https://professional.diabetes.org>
- American Journal of Medicine. (2022). Practice changing updates in perioperative medicine literature 2022. *American Journal of Medicine*, 135(10), 1395-1401.
[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(22\)00515-7/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(22)00515-7/fulltext)
- American Society of Anesthesiologists. (2023). Updated standards for safe perioperative anesthesia practices. Recuperado de <https://www.asahq.org>
- Araújo-Girão, A. L., Silva-Nunes Cavalcante, M. L., Costa-Lima de Oliveira, I., Freitas-Aires, S., Paz-de Oliveira, S. K., & Fontenele-Lima de Carvalho, R. E. (2021). Tecnologías en la enseñanza en enfermería, innovación y uso de TICs: revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 17(4), 475–489.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.763>



AORN Journal. (2023). Perioperative Nurses: Key to Surgical Site Infection Prevention.

AORN Journal, 118(1), 89-95.

<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/aorn.13920>

AORN Journal. (2023). Perioperative nursing care in obstetrics and gynecology. AORN

Journal, 118(4), 540-552.

<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/aorn.12771>

BJA: British Journal of Anaesthesia. (2024). Patient-Centered Goal-Oriented Perioperative

Care. British Journal of Anaesthesia, 133(6), 801-812. <https://www.bjanaesthesia.org>

BMC Nursing. (2022). Perceptions of perioperative nursing competence: A cross-country

comparison. BMC Nursing, 21(55).

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00980-5>

BMC Nursing. (2023). Patient satisfaction with preoperative nursing care and its associated

factors. BMC Nursing, 22(98).

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-02134-9>

BMC Nursing. (2023). Perioperative nursing in public university hospitals: An ethnographic

approach. BMC Nursing, 22(103).

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-02423-2>

Brambilla, M. E. S., González, A. G. Q., Toledo, J. I. G., & Álava, A. O. C. (2024). Gestión

Integral del paciente quirúrgico: optimización preoperatoria y cuidados postoperatorios en cirugía general. En Dominio de las Ciencias, 10(1), 940–951.

<https://doi.org/10.23857/dc.v10i1.3754>



- Cleveland Clinic. (2023). Best practices in perioperative nursing care. Recuperado de <https://clevelandclinic.org>
- CONAMED. (2024). Indicadores de Calidad en la Atención de Enfermería. Gob.mx. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/COMPLETO_1.pdf
- Corral, Y. (2022). Validez y confiabilidad en instrumentos de investigación: una mirada teórica. Edu.ve. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/60/art06.pdf>
- DAE Formación. (2021, marzo 9). Etapas del proceso quirúrgico. Daeformacion; DAE Formación. <https://daeformacion.com/etapas-proceso-quirurgico/>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2020). Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Secretaría de Salud.
- Escobar-Castellanos, B., & Jara Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación, 28(54), 182–202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Gomes, R. P., Leite, L. M., Wanderley, M. E., & Lopes, B. M. (2024). Análise dos registros perioperatórios baseados na sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: estudo transversal. Revista Enfermagem UERJ, 32, e81089. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81089>
- González, A. P., & Bermeo, J. R. (2024). Metodología para la construcción y validación de instrumentos en el área de la salud. Revista-e Ibn Sina, 15(1), 84–94. <https://doi.org/10.48777/IBNSINA.V15I1.2541>



González, M., & Hernández, L. (2022). Importancia del registro clínico en el área quirúrgica.

Revista de Enfermería Quirúrgica, 14(2), 45–53.

Guerrero, M. (2022). ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON

ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO. Uaslp.mx.

[https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7527/TesinaE.FE](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7527/TesinaE.FEN.2022.Manual.Guerrero.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[N.2022.Manual.Guerrero.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7527/TesinaE.FEN.2022.Manual.Guerrero.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. (2024). Quehacer Institucional en el

HRAEI. Gob.mx.

https://hraei.gob.mx/infodigital/documentos/boletin2024/Vol_143_Julio.pdf

Hospital for Special Surgery (HSS). (2024). Perioperative protocols in orthopedic surgeries.

Recuperado de <https://www.hss.edu>

Johns Hopkins Pathology. (2024). Perioperative management in oncology: Breast cancer

focus. Recuperado de <https://pathology.jhu.edu>

Landaeta, C. J., & Universidad Privada San Francisco de Asís Instituto De Investigación E

Interacción Social Universidad Privada San Francisco de Asís. (2024). Manual:

Proceso de Validación de Instrumentos de Investigación Científica. Researchgate.net.

[https://www.researchgate.net/publication/383491118_Manual_Proceso_de_Validaci](https://www.researchgate.net/publication/383491118_Manual_Proceso_de_Validacion_de_Instrumentos_de_Investigacion_Cientifica)

[on_de_Instrumentos_de_Investigacion_Cientifica](https://www.researchgate.net/publication/383491118_Manual_Proceso_de_Validacion_de_Instrumentos_de_Investigacion_Cientifica)

Landaeta, E. (2024). Validación de instrumentos clínicos en enfermería: fundamentos

teóricos y metodológicos. Revista Científica de Enfermería, 42(1), 25–36.

Landaeta, E. (2024). Validación de instrumentos clínicos en enfermería: fundamentos

teóricos y metodológicos. Revista Científica de Enfermería, 42(1), 25–36.



- Loani Elvir Lazo, O., White, P. F., Lee, C., Cruz Eng, H., Matin, J. M., Lin, C., Del Cid, F., & Yumul, R. (2024). Use of herbal medication in the perioperative period: Potential adverse drug interactions. *Journal of Clinical Anesthesia*, 95, 111473. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2024.111473>
- Morais, J. P., Silva, G. A., Almeida, R. R., Rodrigues, S. M., & Santos, R. A. (2023). Implementation of a patient safety checklist for perioperative care in a tertiary hospital. *BMC Nursing*, 22(99), 112. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-02136-7>
- Morales, R., & Rodríguez, J. (2021). Calidad en el registro de enfermería perioperatoria. *Enfermería Avanzada*, 18(3), 101–110.
- National Institutes of Health. (2022). Optimizing preoperative conditions for perioperative outcomes. Recuperado de <https://www.nih.gov>
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. (2012). Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Seguridad del paciente: una prioridad global de salud. OMS.
- Requelme-Jaramillo, M. J., Suconota-Pintado, A. L., Salvatierra-Ávila, L. Y., Almache-Delgado, V. J., & Calderón-González, D. E. (2023). Práctica Clínica Quirúrgica: Experiencias Del Estudiante De Enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 2493–2508. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6361
- ResearchGate. (2022). Leading with emotional intelligence in perioperative nursing: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(4), 23-29.



https://www.researchgate.net/publication/374283016_Leading_with_emotional_intelligence_in_perioperative_nursing_An_integrative_review

Rodríguez, M. A., Poblano-Ojinaga, E. R., Alvarado, L., González, A., & Rodríguez, M. I. (2021). Validación por juicio de expertos de un instrumento de evaluación para evidencias de aprendizaje conceptual. RIDE revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo, 11(22).
<https://doi.org/10.23913/ride.v11i22.960>

Rodríguez, L., Pérez, S., & Martínez, M. (2021). Juicio de expertos en la validación de contenido: una estrategia metodológica participativa. Revista Iberoamericana de Investigación en Enfermería, 12(2), 95–106.

Rossini, R., Tarantini, G., Musumeci, G., & Ageno, W. (2023). Antithrombotic therapy and safety in perioperative care. JACC Cardiovasc Interv, 16(3), 319-328.
<https://doi.org/10.1016/j.jcin.2022.10.054>

Ruiz, F. (2023). Enfermería perioperatoria. Academia.edu.
https://www.academia.edu/61031888/Enfermer%C3%ADa_perioperatoria

Secretaría de Salud. (2020). Lineamientos para la implementación del expediente clínico electrónico en unidades hospitalarias. Gobierno de México.

UCSF Pain Management Education. (2022). Perioperative pain management strategies using morphine equivalencies. Recuperado de <https://pain.ucsf.edu>

Walcott, Y. (2024). Rol del personal de enfermería y quirúrgico en los cuidados perioperatorios – CSS Noticias. Gob.pa. <https://prensa.css.gob.pa/2024/11/19/el-rol-crucial-del-personal-de-enfermeria-y-quirurgico-en-los-cuidados-perioperatorios/>



World Health Organization. (2021). Surgical safety checklist: Enhancing perioperative safety worldwide. Recuperado de <https://www.who.int>

Yepes, S. M., Montes, W. F., & Alvarez, J. (2023). Validez de contenido de un instrumento de medición para medir competencias sociales, emocionales e interculturales de estudiantes de pregrado. Zona Próxima, 38, 110–133.
<https://doi.org/10.14482/zp.38.323.214>



XI. ANEXOS

Anexo A. Diseño de la hoja de registros clínicos de enfermería perioperatoria

REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA										
PREOPERATORIO INMEDIATO										
/ /					Fecha					
FICHA DE IDENTIFICACIÓN					Hora de ingreso:					
Nombre: _____					F. Nac.: _____		Edad: _____			
Sexo: _____		Peso: _____ kg		Talla: _____ m		Grupo y RH: _____		Cama: _____		
No. Exped.: _____		Servicio de procedencia: _____			Servicio tratante: _____					
DATOS Y DOCUMENTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO					Alergias: _____					
Tipo de cirugía: ☐ Programada ☐ Reintervención ☐ Ambulatoria ☐ Urgencia					Pulsera de identificación: SI / NO					
Diagnóstico médico preoperatorio: _____					Expediente clínico completo: SI / NO					
Cirugía planeada: _____					Lista de verificación de la seguridad de la cirugía: SI / NO					
Acepta transfusión: SI / NO					Consentimiento informado de transfusión: SI / NO					
Hoja de medios invasivos: SI / NO										
PREPARACIÓN FÍSICA					Ayuno: N/A SI / NO A partir de: _____ Hrs Horas de ayuno: _____					
Baño preoperatorio: SI / NO N/A					Aseo bucal: SI / NO		Marcaje quirúrgico: SI / NO N/A		☐ Físico ☐ Documental	
Retiro de vello en sitio quirúrgico: SI / NO N/A Método: ☐ Máquina (clipping) ☐ Otro: _____										
¿Se ha administrado profilaxis antibiótica? SI / NO Motivo: _____										
Medias de compresión: SI / NO Otro: _____					Anticoagulantes: SI / NO Tipo/Dosis: _____					
Prótesis móviles: SI / NO Tipo: _____					Retiro de joyas, lentes, piercing: SI / NO					
A quien se entrega las pertenencias: _____					Toxicomanías: SI / NO ¿CUÁL? _____					
Recepción de material quirúrgico: SI / NO N/A ¿Qué tipo?: _____										
VALORACIÓN					Enfermedades concomitantes: _____					
Nivel de conciencia: ☐ Alerta ☐ Obtundido ☐ Letargia ☐ Estupor ☐ Sedado ☐ Coma										
SIGNOS VITALES	HORA	T/A	PAM	F. C	F. R	Glicemia	TEMP.	SpO2	PVC	
		mm/Hg	mm/Hg	x'	x'	mg/dl	°C	%		
		mm/Hg	mm/Hg	x'	x'	mg/dl	°C	%		
		mm/Hg	mm/Hg	x'	x'	mg/dl	°C	%		
		mm/Hg	mm/Hg	x'	x'	mg/dl	°C	%		
Acceso vascular / Sitio			Calibre	F. Instalación	Plan terapéutico					
					Medicamento/Horario	Dosis	Vía	F. Inicio		
Riesgo de caídas (Escala Crichton)										
Valoración del riesgo		Puntuación	Hora	Valoración	Intervenciones					
Limitación física		2								
Estado mental alterado		3								
Tx. Farmacológico que implica riesgo		2								
Problemas de idioma o socioculturales		2								
Problemas sin factores de riesgo evidentes		1								
Código	Rojo	Amarillo	Verde	F. Instalación	Tipo / Calibre					
Puntos	4 a 10	2 a 3	0 a 1							
NOTAS DE ENFERMERÍA PREOPERATORIO (NOMBRE, FIRMA Y CED. PROF. DE ENFERMERA/O)										



--	--	--

Sala quirúrgica No.: _____

Nombre de anestesiólogo: _____ Inicia anestesia: _____ Termina anestesia: _____ Hora de ingreso a sala: _____

Resid. Anest.: _____ Tipo de anestesia: _____

Cirujano:	Enfermera instrumentista	Enfermera circulante
-----------	--------------------------	----------------------

Cirujano: _____

1er audante:

2º ayudante:

instrumentista:

Cirurgia planejada:

Cirugía planeada: _____ Cirugía realizada: _____

Conteo de instrumental: Inicio de cirugía: COMPLETO / INCOMPLETO Termino de cirugía: COMPLETO Observaciones: _____

Inicio de cirugía: _____ Terminó de cirugía: _____

Posicionamiento quirúrgico: _____ Cambio de posición: _____ Hora: _____

Uso de electrocauterio: SI / NO Ubicación de placa de electrocauterio: _____ Isquemia intraoperatoria: SI / NO

Tipo isquemia: _____ Sitio isquemia: _____ Presión de isquemia: _____ Inicio/termino isquemia: _____

T. MATUTINO

T. VESPERTINO

T. NOCTURNO

Hora	F. C	T/A	PAM	TEMP.	F. R	SpO2	Hora	Glicemia capilar
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		mg/c
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		mg/c
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		mg/c
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		mg/c
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		mg/c
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		mg/c
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%	Sondas, drenajes, estomas	
	x'	mm/Hg	mm/Hg	°C	x'	%		

171

172