

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

UNIDAD DE POSTGRADO



**APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL FORMATO
SISTEMÁTICO S.O.A.P.I.E. EN EL REGISTRO DE ENFERMERÍA
DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE TÓRAX, GESTIÓN 2014-2015**

**POSTULANTE: Lic. María Gabriela Chipana Gutiérrez
TUTORA: Dra. M.Sc. Silvia Roxana Villarroel Tapia**

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y
TERAPIA INTENSIVA**

**LA PAZ – BOLIVIA
2016**

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada con todo cariño a mi hijito Abel Bernal Chipana por haberme entendido y brindarme su apoyo y tiempo durante la elaboración de la tesis.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por darme la vida y oportunidad de realizar la Maestría en Terapia Intensiva. Agradecer a la Dra. Silvia Villarroel y al Dr. Freddy Armijo quiénes me impulsaron a concluir el presente trabajo de tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	PÁG.
1.	INTRODUCCIÓN 1
2.	ANTECEDENTES 4
3.	MARCO TEÓRICO 10
3.1.	MARCO REFERENCIAL 10
3.1.1.	MISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX 10
3.1.2.	VISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX 11
3.2.	MARCO CONCEPTUAL 11
3.1.2.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA 11
3.1.3.	PROCESO ENFERMERO 12
3.1.4.	REGISTRO DE ENFERMERÍA 20
3.1.5.	NORMAS DE REGISTRO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN JCAHO 24
3.1.6.	North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA) 27
3.1.7.	NORMAS NIC Y NOC 28
3.1.8.	NORMA DE REGISTRO NACIONAL LEY 3131 29
3.1.9.	NIVELES DE LA TAXONOMÍA II 30
3.1.10.	MODELO S.O.A.P.I.E. 32
3.1.11.	HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA 33
3.1.12.	VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA 33
4.	JUSTIFICACIÓN 37
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 39
5.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 40
6.	OBJETIVOS 41
6.1.	OBJETIVO GENERAL 41
6.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 41
7.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 42

8.	DISEÑO DE METODOLÓGICO	42
8.1.	TIPO DE ESTUDIO	44
8.2.	DELIMITACIONES	44
8.2.1.	CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN	44
8.2.2.	DELIMITACIÓN TEMPORAL	44
8.3.	POBLACIÓN	44
8.3.1.	MUESTRA.....	45
8.3.2.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	45
8.4.	TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	46
8.5.	PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	46
8.5.1.	PLAN DE ANÁLISIS	46
8.5.2.	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	46
9.	RESULTADOS	47
9.1.	RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	47
9.2.	RESULTADOS DE LA REVISIÓN DOCUMENTAL AÑO 2014	53
10.	DISCUSIÓN	63
11.	CONCLUSIONES.....	65
12.	RECOMENDACIONES	67
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
14.	PROPUESTA DE LA GUÍA	72
14.1.	INTRODUCCIÓN	73
14.2.	JUSTIFICACIÓN	74
14.3.	OBJETIVO DE LA PROPUESTA.....	75
14.3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	75
14.3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
14.4.	IDENTIFICACIÓN DE ALGUNOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA	78
14.4.1.	APLICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROCESO ENFERMERO	82

14.5.	DESARROLLO Y APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA	85
14.6.	NORMAS DE REGISTRO	113
14.7.	LINEAMIENTOS DE REGISTRO.....	114
14.8.	SEMINARIO TALLER DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX	115
14.9.	BIBLIOGRAFÍA	116
15.	ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1. CARACTERÍSTICAS SEGÚN AÑOS DE TRABAJO U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015.....	47
GRÁFICO N° 2. CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2015	48
GRÁFICO N° 3. CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE NANDA, NIC, NOC Y S.O.AP.I.E. UTI DEL I.N.T. AÑO 2015.....	48
GRÁFICO N° 4. CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO QUE ES UN REGISTRO DE ENFERMERÍA UTI DEL I.N.T. AÑO 2015.....	49
GRÁFICO N° 5. CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE NORMAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA UTI DEL I.N.T. AÑO 2015	50
GRÁFICO N° 6. CARACTERÍSTICAS SEGÚN DIFICULTAD PARA REGISTRAR LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA UTI DEL I.N.T. AÑO 2015.....	50
GRÁFICO N° 7. CARACTERÍSTICAS SEGÚN CAUSAS PARA NO REALIZAR UN BUEN REGISTRO DE ENFERMERÍA UTI DEL I.N.T. AÑO 2015.....	51
GRÁFICO N° 8. CARACTERÍSTICA SEGÚN FORMA DE CORREGIR LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA UTI DEL I.N.T. AÑO 2015.....	52
GRÁFICO N° 9 TURNO DE TRABAJO - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI I.N.T. AÑO 2014.....	53

GRÁFICO N°	10. INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	53
GRÁFICO N°	11. MEMBRETEA CON LOS DATOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	54
GRÁFICO N°	12. REGISTRA LOS DATOS SUBJETIVOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	55
GRÁFICO N°	13. REGISTRA DATOS OBJETIVOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	56
GRÁFICO N°	14. UTILIZA ETIQUETAS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014	57
GRÁFICO N°	15. REGISTRA LA PLANIFICACIÓN - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	58
GRÁFICO N°	16. REGISTRA LAS INTERVENCIONES NIC - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T.	58
GRÁFICO N°	17. REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN, REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. 2014	59

GRÁFICO N°	18. REALIZA EL REGISTRO SIN BORRONES, SIN CORRECTOR Y CON LIMPIEZA - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	60
GRÁFICO N°	19. DEJA ESPACIOS BLANCOS EN EL REGISTRO DE ENFERMERA - INFORMACIÓN RECOGIDA EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL INT AÑO 2015.....	61
GRÁFICO N°	20. COLOCA SELLO Y FIRMA DE LA ENFERMERA QUE ATENDIÓ AL PACIENTE - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UTI DEL I.N.T. AÑO 2014.....	62

RESUMEN

La presente investigación se realizó en la ciudad de La Paz, en el Instituto Nacional de Tórax. El problema fue Cómo será la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático (S.O.A.P.I. E.) que significa subjetivo objetivo, Análisis de diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y evaluación en el registro de enfermería. Para responder éste se formuló el siguiente objetivo Analizar la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático de S.O.A.P.I.E. en el registro de enfermería de la Unidad de Terapia del Instituto Nacional de Tórax durante la gestión 2014-2015. La estructura metodológica, fue de tipo descriptiva, de corte transversal, retrospectiva, todo bajo el enfoque cuantitativo; respecto al universo, se trabajó con el plantel de enfermería que fueron 15 enfermeras licenciadas a las que se aplicó una encuesta de opciones abiertas y cerradas, durante el 2015; se hizo la revisión de los registros de enfermería que fueron 329, realizados por el mismo plantel de enfermería, del 2014. Los resultados muestran que los registros de enfermería son membretados adecuadamente, una cantidad importante de los registros se encuentran con borrones, se hace uso de rádex con mucha frecuencia. Además no se observa el registro de la valoración de los datos subjetivos y menos de los registros objetivos. En un 80% no se registra la valoración metabólica ni la infecciosa. Por esta razón, se planteó una Guía de registro de enfermería bajo el método S.O.A.P.I.E. con el fin de proporcionar al personal de enfermería profesional una herramienta que permita un registro adecuado y completo. En este sentido, la presente investigación ofrece un beneficio para la institución y sobre todo para los pacientes que son atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva.

Palabras claves:

Proceso enfermero, Registro de enfermería, Terapia Intensiva.

SUMMARY

This research was carried out in the city of La Paz, at the Instituto Nacional de Tórax. The aim of the research was to analyze the application of the nursing process with systematic format SOAPIE in the register of nursing Terapia Intensiva at the Instituto Nacional de Tórax management during 2014-2015. To achieve this objective a methodological structure was raised, it was descriptive, cross-sectional, retrospective, all under the quantitative approach; about the universe, we worked with the staff of nursing were 15 registered nurses to a survey of closed options applied during 2015. On the other hand, was reviewing the nursing records, the 329, made by the same campus nursing, management 2014. Among the most outstanding results became known that nursing records are properly membretados, a significant number of records found with blots, using radix done very often. Also no registration assessment of subjective data and records within the objectives is observed. 80% metabolic or infectious valuation is recorded. For this reason, it is a guide nursing record under the SOAPIE method was proposed, in order to provide professional nursing staff a tool that allows adequate and complete record. In this sense, this research provides a benefit to the institution and especially for patients who are treated in the ICU because proper records be had.

Keywords:

Nursing process, nursing registry, Critical Care Medicine.

1. INTRODUCCIÓN

El equipo de profesionales de salud tienen como responsabilidad primordial brindar un cuidado de calidad que comprende no sólo la satisfacción de las necesidades por las cuales la persona acude a solicitar ayuda médica, sino también la de hacer constar su trabajo por escrito no tan sólo para evaluar el propio trabajo, sino para dar una mejor calidad de atención basada en la memoria institucional que se deje.

Uno de los elementos más importantes para valorar los cuidados es la documentación de enfermería. La aplicación del proceso enfermero y registros de enfermería, permiten contar con evidencia científica escrita en la continuidad del cuidado de enfermería a los pacientes que requieren tratamiento, para lo cual es necesario utilizar las normas internacionales, nacionales e institucionales y establecer registros de enfermería que provean evidencia científica en las hojas de registros clínicos.

Los registros de enfermería son una fuente de datos valiosos que pueden ser utilizados para la planificación, la enseñanza, e investigación. La relevancia de esta parte del desempeño de una enfermera y la poca importancia que hoy en día se le da a la formulación de los registros de enfermería motivó la realización de la presente investigación, debido a que éstos proporcionan la única prueba documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recopilada toda la información sobre la actividad de enfermería dirigida al paciente que se ha llevado a cabo, los tratamientos médicos y evolución; además estos registros proporcionan respaldo jurídico-legal a los profesionales para que garantice la calidad de los mismos.

Los registros clínicos, las anotaciones incompletas o confusas restan importancia al trabajo real de enfermería y generan una aparente mala calidad en la

información, sin una fuente documental precisa. Revisando estudios similares se supo que a nivel internacional existe una gran variedad de estudios referentes al presente, dando a conocer que en otros países el registro de los documentos clínicos es sumamente importante, no sólo para el paciente y su evolución, sino también como un respaldo legal para la institución donde se realicen. En otros hospitales como en México el 85% de los registros enfermeros son llenados con suma rigurosidad. En el caso de Chile el 89% de los registros presentan los datos necesarios y pertinentes del paciente.¹

En Bolivia no existen muchos estudios relacionados a la presente temática, sin embargo, el estudio de Meneses en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales en el periodo de enero-abril de 2012 que tuvo como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados, mostró que el 45% de los registros cumple con un adecuado registro, se verificó que la falencia más repetida era el registro incorrecto de datos subjetivos del neonato y los diagnósticos de enfermería, denotando que todavía hace falta fortalecer al personal de enfermería sobre el registro adecuado de los registros de enfermería.²

En el caso del Instituto Nacional de Tórax en la Unidad de Terapia Intensiva no existen estudios similares, no se cuenta con investigaciones anteriores sobre la temática. En esta Unidad se trabaja con pacientes críticos que son transferidos a este Servicio de otros, inmediatamente ingresan se procede al llenado de la hoja hemodinámica donde se encuentra el registro de enfermería, mismo que carece de información pertinente, en la mayoría de los casos se observa vacíos, el monitoreo no está bien registrado, se puede afirmar que carece de evidencia científica.

Estos registros están referidos al diagnóstico de ingreso, a la evolución, a las intervenciones realizadas, al monitoreo del proceso de atención en el servicio y otros aspectos relacionado con la atención en el servicio.

En este sentido, los registros de enfermería son una fuente de valiosos datos que pueden ser utilizados para la planificación, la enseñanza, e investigación. Debido a la importancia que se debe hacer para el registro es que la presente investigación tuvo el objetivo de Analizar la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático de S.O.A.P.I.E. en el registro de enfermería de la Unidad de Terapia del Instituto Nacional de Tórax durante la gestión 2014-2015.

2. ANTECEDENTES

A continuación, se presentan los estudios a nivel internacional, que tienen estrecha relación con la presente investigación.

El estudio realizado en el Hospital Regional Moquegua, mismo que se tituló “Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua 1º Semestre año 2011” fue un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al primer semestre, se aplicó una lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cron Bach y coeficiente de correlación. Se llegó a las siguientes conclusiones, las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).³

Otro estudio revisado fue el de Dexi durante el 2007, tuvo como propósito determinar la información que posee, sobre los registros de enfermería el profesional que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. Durante la investigación se observó que la historia clínica del paciente no conseguía las notas de enfermería debidamente registradas en los formatos respectivos, y cuando se registraba datos incompletos que dificultaban la apreciación del enfermo. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo, de corte trasversal. La población estuvo conformada por 48 enfermeras, de cuatro turnos. La muestra fue el 63% del 100% de la población representado por 30 enfermeras, fue un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Se usó el cuestionario con 30 ítems y tres alternativas de selección múltiple. Las conclusiones arrojaron que los profesionales de enfermería no tienen claro los lineamientos para la correcta elaboración de los registros, además desconocen los objetivos que persiguen y poseen poca orientación sobre las implicaciones legales en que se puede incurrir durante el desempeño de sus funciones. Por lo que se recomendó planificar y fomentar actividades en educación continua en servicio.⁴

También se revisó la investigación de Manco, realizado durante el 2010, se denominó Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Rezola-Cañete, en Perú. El objetivo fue identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión contenido y estructura. El estudio fue aplicativo de tipo cuantitativo, el método usado fue el descriptivo, de corte transversal, la población con la que se trabajó fue conformada por todas las historias clínicas realizadas en el mes de mayo y junio de 2010. Para la recolección de datos se usó el análisis documental y el instrumento fue una lista de cotejo. Entre los resultados más importantes se tuvo que el 71% de las anotaciones fueron completas; el 12% fueron incompletas; sobre la dimensión contenido el 86% es completa y el 12% es incompleta; sobre la dimensión estructura el 79% fue completa y el 21% incompleta. En conclusión existió un porcentaje elevado de las anotaciones que fueron elaboradas completamente, pero existen datos que no son registrados.⁵

En el estudio de Torres y col, que se tituló Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación, realizado en México. Para realizar la investigación se partió de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería, se buscó información respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, El sevier, Cochraner, también se consultó la Ley General de Salud, el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros y los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la

normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería. Para la recogida de datos se construyó un instrumento que midió la calidad de los registros clínicos de enfermería en tres dimensiones Estructura, Continuidad de los cuidados y Seguridad del paciente. Entre los resultados más importantes se conoció que el instrumento reunió los elementos esenciales de confiabilidad y validez así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior como resultados de la investigación se propuso un instrumento para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada.⁶

Arraus, durante el 2005 llevó adelante un estudio en la Universidad Nacional de Asunción, donde se identificó los factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería, el estudio fue descriptivo, y como instrumento principal de investigación se utilizó la encuesta e investigación documental. Entre los resultados sobresalientes se supo que el 91.2% de las enfermeras respeta el formato de la hoja, puesto que escribe la fecha y hora correctamente; pero un 8.8% no respeta el formato. También se supo que el 94.1% coloca la firma al final de los registros; al 44.1% del personal parece que el tiempo que se usa para llenar el registro es insuficiente; finalmente el 41.3% piensa que su llenado es completo.⁷

Se revisó el estudio de Ruiz, denominado Calidad en los registros de enfermería, realizado en España. El estudio se centró en el análisis de los registros de enfermería. Para este fin se analizó la norma, según los resultados del estudio se estableció: Porqué registrar, Cómo registrar, Cuánto registrar, Quién debe registrar, Qué registrar. Se concluyen que la disciplina enfermera se desarrolla con la existencia de documentos donde los profesionales dejen constancia de todas las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidar. Además los registros permiten la docencia e investigación en cuidados; resuelven problemas de salud del usuario; Son imprescindibles para la comunicación multidisciplinar; son

obligatorios, aportan valor al enfermero asistencial; deben ser válidos, fiables, aplicables.⁸

Otro estudio importante fue denominado: Análisis de los informes de enfermería en los hospitales públicos de la ciudad de Corrientes-Argentina. El objetivo fue conocer las actividades de enfermería que se registran. Para el estudio se realizó una prueba piloto para la recogida de datos de 180 historias clínicas, en las que se observó los informes de turnos de mañana, tarde y noche, llegaron a establecer el 66% del personal de enfermería que cumple con los registros de enfermería; el 44% firma al final del registro; el 39% indicó que no tiene dificultad para leer, estos son los resultados más sobresalientes del estudio.⁹

Ortiz y Chávez también estudiaron la importancia del registro de enfermería, al respecto llevaron adelante una investigación denominada El registro de enfermería como parte del cuidado, en él muestran la importancia de la evidencia escrita sobre los actos de cuidado que realiza la enfermera a través del registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite el cuidado del paciente; además avala el trabajo del profesional de enfermería. Determinando que la calidad de los registros de enfermería hacen tangibles y palpables las intervenciones de enfermería.¹⁰

También se revisó estudios a nivel nacional de los cuales se pudo obtener la siguiente información.

En Bolivia, actualmente existen muy pocos estudios relacionados al registro de enfermería, uno de esos fue realizado por Mariobo denominado “Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación en el Instituto Nacional de Oftalmología en La Paz gestión 2007- 2008” el cual tuvo como objetivo establecer la calidad de la hoja de registros de enfermería con el propósito de mejorar los conocimientos del personal de enfermería y tener registros con

calidad en la hoja de enfermería, consideró una muestra de 227 registros realizados por 16 enfermeras, utilizó 2 instrumentos de recolección de datos, un cuestionario de conocimientos y una lista de chequeo para medir la calidad. Entre los resultados más sobresalientes se supo que los registros de enfermería no cumplían con los parámetros de calidad, contenían información insuficiente del paciente. Los registros de enfermería fueron realizados antes de la intervención o al final de la jornada laboral, justificándose por exceso de trabajo. Por otra parte, carecían de conocimientos sobre las normas del llenado de los registros de enfermería, en resumen los registros de enfermería no reflejan la calidad de atención a los usuarios.¹¹

Otro estudio que también realizado en Bolivia fue el de Meneses en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales en el periodo de enero-abril de 2012 con el objetivo de Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados. Para fines del estudio se consideró una muestra de 65 registros de enfermería, se utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo que constó de 15 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales. Los resultados más sobresalientes fueron que el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en un 45% de todos los casos estudiados. Se verificó que la falencia estaba en el registro incorrecto de los datos subjetivos del neonato y los diagnósticos de enfermería. Por otra parte no estaban utilizando herramientas con base científica como una Guía para aplicar el PAE basado en el registro del S.O.A.P.I.E. correctamente.¹²

Se revisó el estudio realizado en el Seguro Social Universitario, fue de tipo cuantitativo cualitativo, de descriptivo y retrospectivo, entre los meses de enero a junio del año 2009, realizado por Ramos. El objetivo del estudio fue establecer la

calidad de registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, durante el primer semestre del año 2009. La muestra estuvo conformada por 50 historias clínicas de pacientes entre 1 mes a los 5 años de edad, que fueron internados en el área de pediatría. Se aplicó una encuesta para recolectar datos de historias de pacientes que fueron externados con alta médica pos tratamiento. Los resultados evidenciaron que el 100% de los registros, presentaron deficiencias en su manejo, no cumpliendo así con las normas internacionales para el llenado las mismas, en cuanto a la calidad del registro del Kárdex, el 100% no ejecutó el diagnóstico de enfermería, clasificación de las intervenciones de enfermería NIC y NOC; en cuanto a la hoja de enfermería el 100% no registró de acuerdo al Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación (S.O.A.P.I.E.); y el 52 % no cumple con escribir con letra legible y ortografía correcta, el 54 % presentó borrones y correcciones.¹²

También se tiene la información del estudio realizado por Quispe, denominado Calidad de los registros de enfermería, Servicio de Obstetricia Puerperio Quirúrgico, Hospital Materno Infantil, durante el 2014. El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo, la técnica que se usó fue la revisión documental, se trabajó con una muestra de 277 historias clínicas correspondientes a la gestión 2013. Los resultados se determinó la situación de los registros de enfermería, tales como el kárdex y la hoja de enfermería, se supo que los aspectos en los que mayor deficiencia existe son: el 83% no registraba la información objetiva; el 67% no registraba información sobre problemas de salud; existe en un 87% existía repetición de datos; el 86% no registraba la fecha ni el número de cama; el 91% no colocaba la firma, fecha, hora o sello; y en el 100% no se registra el PAE en ninguno de los registros estudiados. Con los resultados obtenidos se diseñó un sistema de registro profesional eficiente basado en la suma de la experiencia acumulada y los avances teóricos que repercuten en la práctica.¹³

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO REFERENCIAL

El Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, fue inaugurado el 20 de diciembre de 1959 durante el Gobierno del Dr. Hernán Siles Zuazo, encontrándose como Ministro de Higiene y Salubridad el Dr. Julio Manuel Aramayo.¹⁴

El primer Director y el principal impulsor de la construcción y equipamiento fue el Dr. Florentino Mejía Gandarillas, conocido catedrático de Anatomía Descriptiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

La primera unidad de terapia intensiva de Bolivia funcionó en el Instituto Nacional del Tórax creada en 1969 a cargo del Dr. Loma y Dr. Masías se atendió la primera cirugía extra corpórea, el año 1973 la U.T.I. se convierte en una unidad polivalente el promotor de esta nueva atención fue el doctor Oscar Vera Carrasco entonces jefe de la unidad de U.T.I. después de 33 años se realiza una estructura para 8 camas pero funcionan 6 Camas. Actualmente cuenta personal especializado en terapia intensiva como médicos: jefe de la U.T.I. Dr. Marco García, médicos de planta Dr. Williams Panique, Dra.: Heidi Pinilla, Dr. Jesús Gómez, Dr. Humberto Ticona y enfermeras con especialidad en terapia intensiva: Lic. Claudina Mamani, Lic. Magda Velasco, Lic. Delia Castañón, (actual jefe de enfermeras de U.T.I.) Lic. María Chipana, Lic.: Germana Ch, Lic.: Yucel Choque y Lic. Gerardo Ch, y personal de auxiliar de enfermería y administrativo.¹⁴

3.1.1. MISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX

Somos un hospital de tercer nivel que ofertamos servicios integrales con adecuada tecnología, en la especialidad de Cardiología, Neumología, Cirugía y Terapia Intensiva, al mismo tiempo se realizan tareas educación e investigación, con el

propósito de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad en la enfermedades torácicas y cardiovasculares en el Municipio de La Paz y en nuestro país.¹⁴

3.1.2. VISIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX

“El 2010 es el mejor hospital en clínica y cirugía torácica y cardiovascular del país, reconocido como cuarto nivel de atención, calificado y acreditado, de prestigio, con jerarquía y que se integró a la Red de Salud Nacional”.¹⁴

3.2. MARCO CONCEPTUAL

3.1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Estas transformaciones históricas, que han tenido el saber de enfermería desde ejecuciones de procedimientos sin énfasis en el porqué, o sin principios científicos despertaron el interés de enfermeras prominentes, como: Florence Nightingale (1859), Virginia Henderson (1955), Dorothea Orem (1959), H. Peplau (1952), M. Rogers (1970), M. Leininger (1968), Calista Roy (1991), Patrón Funcional, (Marjory Gordon) todas ellas pioneras del proceso enfermero. Se mencionan algunos modelos y teorías más sobresalientes como ser:¹⁵

3.1.2.1. MODELO NATURALISTA

Su principal representante es Florence Nightingale en 1859 trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería en su libro nota de enfermería (Notes on Nursing) “Se tiene la tendencia a creer que la medicina cura. Nada es menos cierto, la medicina es la cirugía de las funciones como la verdadera cirugía de los órganos, ni una ni la otra curan, solo la naturaleza puede curar.”¹⁵

3.1.2.2. MODELO DE SUPLENCIA O AYUDA

Aplica el proceso enfermero representado por Virginia Henderson parte de concepto de las necesidades humanas de maslow, con la teoría de 14 necesidades considerando teorías de necesidades humanas.

Otros modelos son: modelo de interrelación, modelo de bienestar, modelo de sistemas corporales, modelo de desarrollo, modelo de patrones funcionales, modelo de patrones de respuesta humana.¹⁵

3.1.2.3. MODELO PATRÓN FUNCIONAL

Realizado por Marjory Gordon, se introdujo el término Patrón de respuesta Humana, se sustituye por el término patrones del hombre unitario que incluye nuevos patrones funcionales.¹⁵

Posteriormente Marjory Gordon mediante estudios utilizó el término de Patrón Funcional y clasifica en 11 patrones funcionales, con el permiso de Gordon en 1986 nació la taxonomía I basada en los patrones de respuesta humana de Marjory Gordon, en 1990 (9ª conferencia) NANDA se gestiona la Taxonomía II en 1994 (11ª conferencia) estos patrones funcionales pasan a denominarse Dominios en la actualidad la NANDA ¹⁵

3.1.3. PROCESO ENFERMERO

Este proceso fue aceptado desde 1967 (Yura, Wals) al principio se describió con 4 componentes: valoración planificación, ejecución y evaluación, 6 años después (Louis, Missouri) en la primera conferencia (EEUU) identificaron 80 diagnósticos de enfermería.

El proceso enfermero (P.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹⁶

3.1.3.1. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

Son cinco los pasos que intervienen en el Proceso Enfermero:

A) Primera Etapa: Valoración

La valoración demuestra el estado de salud del paciente es una de las principales fuentes de información y la más importante porque proviene del paciente, después al expediente clínico o la familia o cualquier paciente que sea cercano al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser las revistas, profesionales o los textos de referencia.¹⁶

El objetivo de la valoración es formar una base de datos sobre las repuestas a los problemas de los pacientes de salud o enfermedad y poder dar solución.

La valoración cuenta con las siguientes etapas:

- **Obtención de datos:** Aquí se realizan la exploración física, se revisa la historia del paciente, consultar a los familiares del paciente y consultar con otros profesionales de la salud.
- **Organización de datos:** Se actualizan los datos si es necesario.
- **Validación de datos:** Se validan los datos que han sido obtenidos.
- **Registros de datos:** Se registran o se comunican los datos. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos:

- En los datos subjetivos se incluyen las sensaciones, los sentimientos, los valores, las creencias, las actitudes y la percepción del estado de salud personal y de la situación vital por parte del paciente.
- Los datos objetivos son observados durante la exploración física donde se obtienen datos objetivos para valorar los datos subjetivos.¹⁶

B) Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería

La consideración del diagnóstico enfermero como una etapa del proceso enfermero no es reconocida de forma unitaria, ya que son muchos los autores que todavía consideran el diagnóstico como la fase final de la etapa de valoración y resultado de la evolución de la fase denominada de identificación del problema.¹⁶

Tipos de diagnóstico:

- **Diagnóstico real:** Se refiere a una situación que existe en el momento actual (según la Dra. Marjory Gordon) se realizó utilizando la fórmula con 3 partes: problema + etiología + signos y síntomas.
 - Problema: alteración, afectación, déficit, dificultades.
 - Etiología: son los factores relacionados que influyen o determinan la enfermedad
 - Signos y síntomas: son las manifestaciones de la enfermedad
 - El problema se une a la etiología mediante una fórmula “relacionado con (r/c) que a su vez se une a los signos y síntomas mediante la fórmula “manifestado por (m/p) o evidenciado por (e / p)
- **Diagnóstico de riesgo fórmula 2 partes:** Describe problemas que pueden presentarse en un futuro próximo su fórmula 2 partes: problema + etiología

- **Diagnostico promoción de la salud:** Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bien estar su fórmula es únicamente enunciado del problema
- **Diagnóstico de salud y bien estar:** Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo se pretende alcanzar un mayor nivel de bienestar enunciado del problema

Entre las ventajas del diagnóstico de enfermería se tiene las siguientes:

- Es el eje del proceso enfermero y ayuda a decidir los objetivos y actuaciones enfermeras.¹⁶
- Proporciona el primer paso para construir un cuerpo de conocimientos propios: los diagnósticos enfermeros describen la ciencia única de la enfermería que ha estimulado las enfermeras a adquirir nuevos conocimientos y habilidades.
- Su utilización aclara las funciones propias de la profesión. El esclarecimiento de aquello que es enfermería para los profesionales de la salud y para los usuarios en general sirve para reforzar y enriquecer la profesión.
- La comunicación profesional se facilita con el uso del diagnóstico enfermero. Dentro de un equipo profesional, la comunicación entre las enfermeras resulta más fácil.¹⁶

C) Tercera etapa: Planificación

La planificación es una fase sistemática del proceso de enfermería que ayuda a la toma de decisiones y a la resolución de problemas. Durante la planeación el profesional de enfermería consulta los resultados de valoración y los diagnósticos del paciente, para orientarse durante los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los

problemas de salud del paciente. La intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y los conocimientos que lleva a cabo un profesional de enfermería para favorecer los resultados del paciente. Se registra el objetivo de la planificación comprende el plan de enfermería ¹⁶

D) Cuarta etapa: Ejecución

La ejecución es la cuarta etapa del proceso de enfermería, en el cual el profesional de enfermería ejecuta las Intervención de enfermería en cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y los conocimientos que lleva a cabo un profesional de enfermería para favorecer los resultados del paciente, las Habilidades interpersonales para informar y tranquilizar al paciente, y habilidades técnicas para cubrir al paciente y manipular el instrumental. Las habilidades cognitivas (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son esenciales para proporcionar cuidados de enfermería seguros e inteligentes. ¹⁶

El proceso de ejecución consta normalmente de los siguientes pasos:

- Nueva valoración del paciente.
- Determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería. Supervisar los cuidados delegados. Registrar las intervenciones de enfermería.

1. Ejecución de las intervenciones de enfermería

Es importante explicar al paciente qué intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensaciones cabe esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado.

Para muchas actividades de enfermería también es importante garantizar la intimidad del paciente, por ejemplo cerrando la puerta, corriendo las cortinas o tapando al paciente.

Basar las intervenciones de enfermería en conocimientos científicos, investigaciones de enfermería y estándares profesionales de cuidados (práctica basada en la evidencia) siempre que sea posible. El profesional de enfermería debe ser consciente del fundamento lógico racional que subyace en cada intervención, así como de sus posibles efectos secundarios y complicaciones.

2. Selección de las intervenciones y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que el profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas seleccionadas deben centrarse en la eliminación o la reducción de la etiología del diagnóstico de enfermería, que es la segunda parte del enunciado diagnóstico.

3. Tipos de intervenciones de enfermería.

- **Las intervenciones dependientes:** Son las que se llevan a cabo por prescripción o bajo la supervisión de un médico, o de acuerdo con procedimientos sistematizados. Estas intervenciones tratamientos iniciados por el médico. Las prescripciones del médico suelen consistir en medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. El profesional de enfermería es responsable de explicar las prescripciones médicas, valorar su necesidad y administrarlas. Las intervenciones de enfermería pueden escribirse para individualizar la prescripción médica en función del estado del paciente.

- **Las intervenciones interdependientes:** Son acciones que el profesional de enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, trabajadores sociales, especialistas en dietética, y médicos. Las actividades de enfermería interdependientes reflejan cómo se superponen las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones profesionales entre ellos.

4. Análisis de las consecuencias de cada intervención

Para cada objetivo de enfermería suelen poderse identificar diversas intervenciones posibles. La tarea del profesional de enfermería es escoger aquellas que tienen una mayor probabilidad de lograr los resultados esperados. El profesional de enfermería comienza analizando los riesgos y los beneficios de cada intervención.

5. Criterios para seleccionar las intervenciones de enfermería

Una vez consideradas las consecuencias de las distintas intervenciones de enfermería posibles, el profesional de enfermería debe escoger una o más intervenciones con una mayor probabilidad de éxito. Aunque esta decisión se basa en los conocimientos y la experiencia, la información proporcionada por el paciente es importante.

Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a decidir cuáles son las mejores intervenciones de enfermería. El plan debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe ser seguro y adecuado para la edad, el estado de salud y la enfermedad del individuo.
- Debe ser alcanzable con los recursos disponibles.

- Debe ser congruente con las creencias, los valores y la cultura del paciente.
- Debe ser congruente con otros tratamientos
- Debe estar basada en los conocimientos y la experiencia de enfermería o de ciencias relacionadas.
- Debe responder a los estándares de cuidados determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales (*American Nurses Association*) y la política del centro. ¹⁶

6. Otras características del Proceso de enfermería

- **Verbo de acción:** El verbo de acción inicia la prescripción y debe ser preciso. En ocasiones, una puntualización puede aumentar la precisión de la prescripción de enfermería.
- **Área de contenido:** El contenido es el qué y el dónde de la prescripción.
- **Elemento tiempo:** El elemento tiempo responde al cuándo, cuánto tiempo o con qué frecuencia debe producirse la intervención de enfermería.
- **Firma:** La firma del profesional de enfermería que prescribe es un signo de su responsabilidad y tiene valor legal.

E) Quinta etapa: La evaluación

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan.

- La evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados.

- **La eficacia del plan de cuidados de enfermería:** La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.
- **La evaluación es un proceso continuo:** La evaluación que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención. La evaluación que se realiza a intervalos específicos pone de manifiesto el alcance de los progresos del paciente en relación con la consecución de los objetivos y permite al profesional de enfermería corregir cualquier deficiencia y modificar el plan de cuidados según sea necesario. Dentro la evaluación continua hasta que el paciente logra los objetivos de salud o se le da el alta de los cuidados de enfermería.
- **La evaluación del alta:** Incluye el estado de la consecución de los objetivos y las capacidades de auto cuidado del paciente en relación con los cuidados de seguimiento. La mayoría de los centros dispone de un informe del alta especial para esta evaluación.¹⁶

3.1.4. REGISTRO DE ENFERMERÍA

Es un documento legal y formal elaborado por la enfermera, el registro de enfermería contiene información verídica, que evidencia con precisión toda la asistencia profesional.¹⁷

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Es de especial interés para las enfermeras saber si la implicación legal en cuestión se puede deducir de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o las notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo

que ha ocurrido y en qué medida dejó de indicarse en el expediente que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería.¹⁸

5.2.3.1. UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

La utilidad de los registros de enfermería es la siguiente:

- Sirve al equipo de enfermería y al equipo sanitario para tomar decisiones respecto al estado de salud de la persona o paciente.
- Sirve como documento legal utilizándose como medio probatorio en el proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de asistencia prestada al paciente en un establecimiento de salud.
- Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por los que la investigación económica se hace a través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnósticos relacionado,
- Sirve como información a las estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad en pacientes con problemas médicos similares.
- Sirve para el profesional de enfermería para realizar estudios de investigación extrayendo datos estadísticos relacionados con la frecuencia de los trastornos clínicos, complicaciones, etc.
- Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional y auxiliar de enfermería prestada en un establecimiento según JCHAJO.¹⁹

3.1.4.1. IMPORTANCIA DEL REGISTRO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Los diagnósticos de enfermería son un estándar con el que se mide la actuación profesional. Su importancia se concentra en:

- El diagnóstico de enfermería favorece a la responsabilidad y la autonomía profesional, al definir y describir el área de la independencia de la práctica de enfermería una profesión debe tener su propio lenguaje que comunique su condición única.¹⁹
- Los diagnósticos de enfermería proporcionan un vehículo para la comunicación entre enfermeras y otros profesionales.
- Los diagnósticos de enfermería brindan un principio organizador para elaborar investigación significativa.
- Los diagnósticos de enfermería guían la planificación de las intervenciones de enfermería en el cuidado de la persona de un turno a otro.
- Los diagnósticos de enfermería son importantes porque presentan numerosos beneficios para el cuidado de los pacientes: Una planificación de cuidados es mejor y más consistente.
- Ayudan a mejorar la organización clínica y la gestión de riesgo.¹⁹

3.1.4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

El registro de enfermería deberá tener las siguientes características:

- **Objetividad:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- **Precisión y exactitud:** Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- **Legibilidad y claridad:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

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

Lo que no se debe anotar:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento no descalificado al paciente.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es uniforme administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal como ocurren.
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación En el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados Hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.²⁰

3.1.4.3. TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los tipos de registro de enfermería son:

- Gráficas Narrativas, Gráfica orientadas hacia el problema (S.O.A.P.I.E) gráficas por excepción, gráficas o registros computarizados.

- Gráficas Narrativas. Es tradicional, registra tiempos concretos, cada disciplina registrarlo que considera: la frecuencia de las anotaciones depende del estado del paciente, pueden combinar con otras gráficas
- Registros Orientados al Problema S.O.A.P.I.E considera recogida de datos,
- Identificación de diagnósticos de enfermería, intervención y evaluación.²⁰

3.1.4.4. COMPONENTES

Los componentes de los registros de enfermería son:²⁰

- **Lista de problemas:** Consiste en acumulación de problemas reales o potenciales.
- **Notas de evaluación:** Diseñadas para documentar la respuesta del paciente.
- **Gráficos por Excepción:** Se registra en hoja de curso clínico para enfermería y Médico, se usa las 24 horas, se registra la valoración y las intervenciones de enfermería.
- **Registros Computarizados:** Es un tipo de registro donde se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado anteriormente y se utiliza varios enfoques.²⁰

3.1.5. NORMAS DE REGISTRO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN JCAHO

La Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO, *Joint Comisión of Acreditación of Healthcare Organización*) en 1992, establece que los diagnósticos de enfermería o las necesidades del paciente, las intervenciones de enfermería y los resultados del usuario deben recoger permanentemente en un sistema de información.²¹

Normas que la JCAHO:

- Establece para la documentación del registro de enfermería. Los pacientes recibirán cuidados de enfermería, basados en la valoración.
- La valoración del paciente incluyen la consideración de factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos.
- Los cuidados de enfermería se basan en los diagnósticos codificados de la NANDA.
- Las historias Clínicas del paciente incluirán documentación de las valoraciones iniciales y revaloraciones, diagnósticos reales y potenciales, así mismo la planificación, que incluyen las intervenciones y los resultados esperados.
- Los registros de enfermería se basan en las normas establecidas en el S.O.A.P.I.E.(JCAHO) recomienda el uso de indicadores clínicos, que se lo define como variable cuantitativa para monitorizar la calidad y la adecuación de la atención y que sirven de base para medir la actividad de los servicios de enfermería.²¹

Normas para la elaboración del registro de enfermería. La hoja de enfermería debe ser llenada con:

Objetividad: Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opinión personal.

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el Paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Registrar solo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.²¹

Precisión y exactitud: Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse en forma clara y concisa.
 - Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
 - Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
 - Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00)
 - Firma legible de la enfermera responsable.
 - Anotar todo de lo que se informa: unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito no está hecho”.²¹
- **Legibilidad y claridad:** Deben ser claros y legibles, puesto que las Anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
 - Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
 - Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.
 - Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
 - No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores tachando solamente con una línea para que sean legibles anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.

- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales del nombre y los dos apellidos
 - No dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas. Simultaneidad: Los registros deben realizarse en forma simultánea a la asistencia y no dejarlo para el final del turno.²¹
- **Evitar errores u omisiones:** Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente
 - Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas
 - No anotar adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente
 - No hacer referencia a la escasez del personal.
 - No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma” La realización correcta de los registros, pueden ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.²²

3.1.6. North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA)

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociación) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Otras asociaciones internacionales son AENTDE en español, AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería) y ACENDIO (Europa).

3.1.7. NORMAS NIC Y NOC

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (*Nursing Interventions Classification*) y en 1991 la NOC (*Nursing Outcomes Classification*), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnóstico fuese mejorada con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados.²³

La traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería). La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todos las especialidades. Una intervención de enfermería es "...cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente"²³ las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

Las 486 intervenciones de la tercera edición de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) se han organizado en 7 campos y 30 clases. Cada campo incluye clases (a las que se les ha asignado letras por orden alfabético) o grupos de intervenciones relacionadas (cada uno con un código único de cuatro números) que están en el tercer nivel de la taxonomía. En la taxonomía sólo se utilizan las etiquetas de las intervenciones. Para la definición y las actividades definitorias de cada intervención. La taxonomía se construyó utilizando los métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas, juicio clínico y revisión de expertos.²⁴

3.1.8. NORMA DE REGISTRO NACIONAL LEY 3131

La Ley N° 3131 Del Ejercicio Profesional Médico, decretada durante el 2005 tiene por objeto regular el ejercicio profesional médico en Bolivia. Esta ley se aplica en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores públicos, seguridad social, privado sin fines de lucro y privado con fines de lucro, legalmente autorizados.²⁵

Otro artículo importante es el artículo 10 que se denominado Documento Médicos Oficiales, donde se explican los documentos que son válidos dentro la atención de pacientes, además estos documentos deben estar bajo la custodia del establecimiento de salud y son exclusivos del médico, tales como:

- a) Expediente médico.
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médico.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médicos legales.

r) Recetas médicas.²⁵

Siendo estos los documentos legales que se usan al atender a un paciente y uno de ellos es la Historia clínica, que en su interior está desglosado el registro de enfermería, documento que fue revisado en la presente investigación.

Según el reglamento a la Ley N° 3131 en el Capítulo II, denominado Normas, protocolos y gestión de calidad en su Artículo 4: Normas y protocolos se establece lo siguiente:

- **Norma:** Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.
- **Protocolo:** Disposición técnica reconocida que refleja el “estado del arte” o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.
- **Guía técnica:** Conjunto de procedimientos consensuados entre prestadores y usuarios -en el marco de la Interculturalidad- en relación a un servicio determinado de salud.²⁵

3.1.9. NIVELES DE LA TAXONOMÍA II

Los niveles de la taxonomía II se refieren al orden estructural que da a la clasificación de los 13 dominios, las 47 clases y 172 diagnósticos.

- **DOMINIO:** Es una esfera de actividades, estudio o interés, porque la enfermera orienta sus conocimientos.

- **1° Nivel de Dominio:** Relacionado con el significado del estudio interés, o competencia que maneja y desarrolla la enfermera son 13 dominios.
- **2° Nivel de clases:** Relacionado con la subdivisión de los 13 dominios esta subdivisión se realiza por el contenido (concepto o definición) de cada dominio en los 13 dominios existe 47 clases.

- DOMINIO 1 PROMOCION A LA SALUD
- DOMINIO 2 NUTRICION
- DOMINIO 3 ELIMINACION
- DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO
- DOMINIO 5 PERCEPCION Y COGNICION
- DOMINIO 6 AUTOPERCEPCION
- DOMINIO 7 ROL Y RELACIONES
- DOMINIO 8 SEXUALIDAD
- DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL STRES
- DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES
- DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION
- DOMINIO 12 CONFORT
- DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

3.1.9.1. CARACTERÍSTICAS DE LA TAXONOMIA II

Tiene las siguientes características:

- Su estructura tiene un código integrado 5 dígitos para la base de datos del usuario
- La estructura de la taxonomía II permite ampliar la clasificación sin tener que cambiar los dígitos cuando se incrementen nuevos diagnósticos.

- Tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la *National Library of medicine* (N L.M.)
- Incluye el lenguaje de la enfermera como soporte de la práctica de la enfermera.

3.1.10. **MODELO S.O.A.P.I.E.**

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera. Desde (2001) fue reconocido una norma técnica en Perú.

La sigla S.O.A.P.I.E. corresponde a los siguientes contenidos:

- **S: Datos Subjetivos:** Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.
- **O: Datos Objetivos:** Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración, se descubre por el sentido de la vista oído, tacto y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro y exámenes auxiliares, etc.
- **A: análisis o diagnóstico:** puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” y (M/P manifestado y E /P evidenciado por) para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.
- **P: Plan de atención:** se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

- **I: Intervención o ejecución:** Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problema identificados .acciones inmediatos y mediatos
- **E: Evaluación de los resultados esperados:** Se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente concluye con la firma del colegio y sello de la enfermera que atendió.²⁶

3.1.11. HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia de enfermería estando integrados en la historia clínica del paciente lo que con lleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la practica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos hacer los registros de los cuidados que la enfermera proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial tanto para dar una adecuada calidad como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, tomar en cuenta lo que no” está registrado no está realizado “deben conocer no solo el adecuado cumplimiento de los registros, sino la legalidad.¹⁷

3.1.12. VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Es un procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria, uniendo las vías aéreas del paciente a un respirador mediante la creación de una vía aérea artificial por intubación endotraquial (boca/nariz) o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar.²⁷

3.1.12.1. INDICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Hipoxemia $PaO_2 < 60$ mm Hg o $SatO_2 < 90\%$ con aporte suplementario de oxígeno. Hipercapnia progresiva ($PaCO_2 > 50$ mm de Hg) o acidosis ($PH < 7.25$) Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea (> 36 rpm), tiraje, uso de músculos accesorios. Fatiga de los músculos inspiratorios, asincronía taraco abdominal y agotamiento general del paciente.

3.1.12.2. MODALIDADES DE VENTILACIÓN MECÁNICA

Modos de sustitución ventilatoria total:

- Ventilación controlada/asistida por volumen, parámetros a programar: Volumen.Coriente, Flujo inspiratorio, Frecuencia Respiratorio I: E y PEEP.
- Ventilación controlada/asistida por presión, parámetros a controlar Frecuencia Respiratoria I: E, PEEP, Presión máxima o nivel de presión sobre PEEP.
- Ventilación controlada/asistida por volumen y regulada por presión.

Modos de sustitución ventilatoria parcial:

- Ventilación espontánea con presión positiva continua + presión de soporte ventilatorio (CPAP + PSV).

Esta modalidad puede utilizarse de dos maneras: – En paciente intubados. – En pacientes no intubados mediante mascarilla facial ajustada con arnés.

- Ventilación mecánica no invasiva
- Ventilación mandataria intermitente sincronizada. (SIMV)
- Presión de soporte inspiratorio. (PSI).

3.1.12.3. COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

- Atelectasias.
- Baro trauma.
- Neumomediastino.
- Enfisema subcutáneo
- Neumotórax
- Neumoperitoneo.
- Incremento de la presión intraalveolar.
- Disminución del gasto cardíaco, arritmias, hipotensión arterial.
- Sobreinfecciones: Neumonía y sinusitis nosocomiales.
- Toxicidad por el oxígeno.
- Hipertensión endocrina.
- Atrofia de los músculos respiratorios y / o polineuropatía en ventilaciones mecánicas prolongadas
- Hipo ventilación: hipoxemia.²⁷

3.1.12.4. MODALIDADES DE ASPIRACIÓN

- Sistema de aspiración cerrada
- Sistema de aspiración abierta²⁷

3.1.12.5. CONDICIONES BÁSICAS PARA INICIAR EL DESTETE

- **Condiciones generales:** Curación o mejoría evidente de la causa del fallo respiratorio.
 - Estabilidad hemodinámica y cardiovascular
 - Equilibrio ácido base y electrolítico corregido, especialmente la alcalosis metabólica.

- **Monitorización básica (obligatoria):**
 - Nivel de conciencia.
 - Frecuencia cardíaca.
- **Patrón ventilatorio básico:**
 - Control horario de Frecuencia respiratoria,
 - Volumen corriente y Presión inspiratoria.
 - Presión arterial no invasiva.
 - Saturación de oxígeno.

- **Métodos de destete: Tubo en T:** Tras eliminar los fármacos sedantes, se debe explicar al paciente la técnica, sentarlo y aspirar las secreciones traqueo bronquial. Desconectamos del respirador conectamos a un tubo en (T) con una Fi O₂ un 10% superior a la previa. El tubo endotraqueal no debería tener un diámetro < 8 mm. Ya que ello crearía gran resistencia y aumentaría el trabajo respiratorio.

- **Criterios para la interrupción del destete**
 - Criterios respiratorios.
 - Criterios neurológicos.
 - Criterios hemodinámicos.
 - Criterios gasométricos.²⁷

4. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de la presente investigación serán pie para posteriores investigaciones; asimismo beneficiarán primero a la institución, es decir, al Instituto Nacional del Tórax, porque el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva tendrá a su alcance una herramienta que le permita realizar el registro de enfermería con el método S.O.A.P.I.E. También se beneficiarán los pacientes que acuden a este centro hospitalario porque podrán ser atendidos con calidad.

A pesar de la importancia que representan los registros de enfermería, en la actualidad en el Instituto Nacional del Tórax en la Unidad de Terapia Intensiva no cuenta con otras investigaciones anteriores donde se conozca cómo se realizan los registros de enfermería.

Bajo este contexto, la relevancia de la presente investigación se debe a la escasa importancia que hoy en día se le otorga a los registros de enfermería, aspecto que motivó la realización del presente estudio, como aporte científico se tendrá la Guía de registro de procedimientos de enfermería bajo el método sistemático S.O.A.P.I.E; dentro la Unidad de Terapia Intensiva, porque se cree que ayudará a mejorar el registro, analizando y reflejando la aplicación idónea del Proceso Enfermero. A partir de un adecuado registro de enfermería es que también se tendrá un mejor respaldo legal en caso de que se suscite una auditoria medica que puede involucrar al personal de enfermería así evitar algún problema en la Unidad. De terapia intensiva.

Con la posterior aplicación de la Guía propuesta se podrá gozar de registros que demuestren la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería, demostrándose así las competencias del personal de enfermería.

De esta forma, hoy en día no se puede trabajar sin dejar constancia escrita de la información sobre el trabajo realizado, porque es fundamental registrar lo que le sucede al paciente que es atendido por los profesionales médicos. En una institución hospitalaria de alto nivel, como lo es el Instituto Nacional de Tórax, las acciones de enfermería deben ser registradas con calidad puesto que el personal de enfermería es el que mayor relación tiene con el paciente en comparación con otro profesional.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermera cumple una función de cuidado durante las 24 horas del día y como una actividad muy importante debe registrar las diferentes actividades que realiza el paciente. Terapia Intensiva es una unidad de especialidad, donde la enfermera registra actividades específicas como la modalidad del suministro de oxígeno, los cambios que tiene el paciente, porque generalmente el paciente se encuentra entubado acoplado a ventilación mecánica, se registra la valoración neurológica y muchas otras actividades propias de la especialidad, todos estos datos son muy importantes para el control del paciente deben ser registrados con objetividad, y aplicación de los cuidados enfermeros, la hoja de enfermería permite llevar el control del paciente, información que le sirve al médico para controlar y hacer el seguimiento necesario al paciente.

En la actualidad, los registros no solamente es anotar lo que le sucede al paciente, sino se debe usar el método de registro S.O.A.P.I.E. el registro bajo este método se debe aplicar como un instrumento que aplique el método científico de enfermería, el mismo debe realizarse con el conocimiento de los diagnósticos y los procedimientos.

Actualmente, según una observación empírica se pudo advertir que en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional del Tórax existe un formulario o instrumento denominado hoja hemodinámica donde en la parte posterior se encuentra el registro de enfermería que debe ser llenado por la licenciada en enfermería. En cada momento que se cumple con los procedimientos; sin embargo, pocas son las enfermeras que conocen las normas de registro cumplen con esta responsabilidad del llenado del formulario, presentando problemas de desconocimiento para registrar adecuadamente. El cumplimiento de estas funciones requiere que el personal de enfermería conozca a cabalidad el llenado de los registros.

Por otro lado, en Terapia Intensiva no existe una guía escrita o algún documento que facilite el registro de los diagnósticos de especialidad que pueda facilitar el registro, tampoco existe un documento de las normas institucionales, falta de experiencia y dificultad para realizar diagnósticos de enfermería con el método S.O.A.P.I.E, lo que repercute en la dejadez de espacios vacíos en la hoja de enfermería. Asimismo, se observó que el personal nuevo que llega al servicio de otras áreas desconoce este actual método de registro dejando también vacíos en la hoja de enfermería.

5.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por el contexto descrito es que se origina la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo será la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático de S.O.A.P.I.E. en el registro de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax durante la gestión 2014-2015?

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático de SOAPIE en el registro de enfermería de la Unidad de Terapia del Instituto Nacional de Tórax durante la gestión 2014-2015.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva sobre las normas del registro de enfermería, en las gestiones 2015.
- Diagnosticar la situación actual de los registros de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, gestión 2014.
- Describir las falencias que se presentan en el registro de enfermería gestión 2014.
- Proponer una Guía de registro de enfermería bajo el S.O.A.P.I.E. para registrar los procedimientos del manejo de pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro N° 1 Operacionalización de las variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Años de trabajo	Cuantitativa Continua	Según el tiempo transcurrido dentro el trabajo	Cantidad de años de trabajo	Menos de un año	Encuesta
				De 1 a 4 años	
				De 5 a 9 años	
				Más de 10 años	
Condición laboral	Cualitativa nominal	Es una actividad productiva por la que se recibe un salario	Tipo de condición laboral	Contrato	
				Item	
				Pasantía	
Conocimiento Proceso enfermero	Cualitativa nominal	Según el nivel de conocimiento que demuestra el personal de enfermería sobre las etapas que se centran en analizar las necesidades del paciente	Registro de enfermería	Sí / No	
			Hoja de enfermería	Sí / No	
			Etapas del PE	Sí / No	
			NANDA, NIC, NOC SOAPIE	Sí / No	
			Dificultad para registrar	Sí / No	
			Conocimiento sobre registro de enfermería	Doc. Legal	
				Doc. Científico	
				Doc. Normas	
				Doc. Investigación	
				Todos	
			Forma de corrección el registro de enfermería	Ninguno	
				Tacha el error	
				Encierra la palabra y escribe error	
				Utiliza radex	
			Causas para realizar un buen registro	Utiliza goma y borra el error	
				Exceso	
				Difícil llenar la hoja	
				Desconoce los diagnósticos	
				Falta una guía	
Registros con SOAPIE	Todos				
	Ninguno				
Qué es SOAPIE	Adecuados				
	No adecuado				
Etapas del PAE	Adecuado				
	No adecuado				
Otro método de registro	Adecuado / No adecuado				
Aplicación del Proceso enfermero	Cualitativa nominal	Es el registro y cumplimiento de los diagnósticos de enfermería realizado a los pacientes	Aplicación del Proceso enfermero	Valoración subjetiva	Encuesta
				Valoración objetiva	
				Diagnósticos de enfermería	
				Planificación u objetivo	
				Intervenciones de enfermería	
				Evaluación de enfermería	

VARIABLES DEPENDIENTE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Registros de enfermería	Cualitativa nominal	Es la anotación sistematizada del procedimiento que realiza el personal de enfermería.	Membrete con datos del paciente	Sí cumple / Cumplimiento mínimo / No cumple	Revisión documental (historias clínicas)
			Registro de fecha/ hora, año y diagnóstico del paciente		
			Registro sin borrones, sin corrector		
			Registra los datos subjetivos del paciente		
			Registra los datos objetivos del paciente	Valoración signos vitales	
				Valoración piel y mucosas	
				Valoración neurológica	
				Valoración cardiovascular	
				Valoración respiratoria	
				Valoración digestiva	
				Valoración renal	
				Valoración metabólica	
				Valoración nutricional	
				Valoración extremidades	
				Valoración líneas venosas y arteriales	
				Valoración infeccioso	
			Uso de etiquetas de diagnóstico NANDA	Sí cumple / Cumplimiento mínimo / No cumple	
			Planificación		
			Registra intervenciones de enfermería NIC		
			Registro de evaluación de resultados NOC		
Deja espacios blancos					
Coloca sello y firma de la enfermera					

Fuente: Elaboración propia.

8. DISEÑO DE METODOLÓGICO

8.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación fue descriptivo²⁸ de enfoque cuantitativo debido a que los resultados fueron plasmados a través de datos estadísticos. Por otro lado, fue de corte transversal porque se recolectó la información durante un periodo determinado. De la misma forma fue retrospectiva²⁹, porque la revisión que se realizó a la hoja de enfermería fue de la gestión 2014 y es donde se encuentra el registro realizado por el personal de enfermería.

8.2. DELIMITACIONES

8.2.1. Contexto o lugar de intervención

La investigación se llevó adelante en la ciudad de La Paz, en el Instituto Nacional de Tórax, específicamente en la Unidad de Terapia Intensiva. En este sentido, los resultados que arrojará el estudio tendrán validez a nivel Departamental y Nacional.

8.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL

En cuanto al tiempo en el que se realizó la investigación fueron las gestiones de 2014 y 2015.

8.3. POBLACIÓN

La población de estudio fueron todas las enfermeras que trabajaban en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax, el total de las enfermeras licenciadas del Servicio mencionado eran 15, a las cuales se les aplicó una

encuesta, durante el 2015. Asimismo, este grupo de enfermeras realizaron los registros de enfermería a pacientes internados en este servicio durante la gestión 2014, mismos que fueron revisados.

8.3.1. MUESTRA

En el presente estudio no se realizó un muestreo, sino se trabajó con todo el universo identificado, es decir, las 15 enfermeras licenciadas del Servicio de Terapia Intensiva.

8.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

8.3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron:

- Personal de enfermería profesional.
- Personal de enfermería que no esté de vacaciones.
- Personal de enfermería que acepto participar voluntariamente en la investigación.

8.3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Entre los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron:

- Personal de enfermería auxiliar.

8.4. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recopilación de la información se utilizó la técnica de la encuesta, con su instrumento el cuestionario, para medir la variable del Proceso enfermero con el formato sistemático S.O.A.P.I.E. la encuesta fue aplicada a todo el universo identificado al terminar el turno de trabajo..

Por otro lado, se aplicó la revisión documental, con su instrumento el Registro de la hoja de enfermería, con la misma se revisó el registro de enfermería que fue realizado durante la gestión 2014, de los pacientes internados en el Servicio de Terapia Intensiva. Esta técnica ayudó a medir la variable Registro de enfermería.

8.5. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

8.5.1. PLAN DE ANÁLISIS

En el plan de análisis se consideró vaciar los datos bajo el Programa Estadístico SPSS versión 15, y posteriormente se usó Microsoft Excel para graficar los resultados.

8.5.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

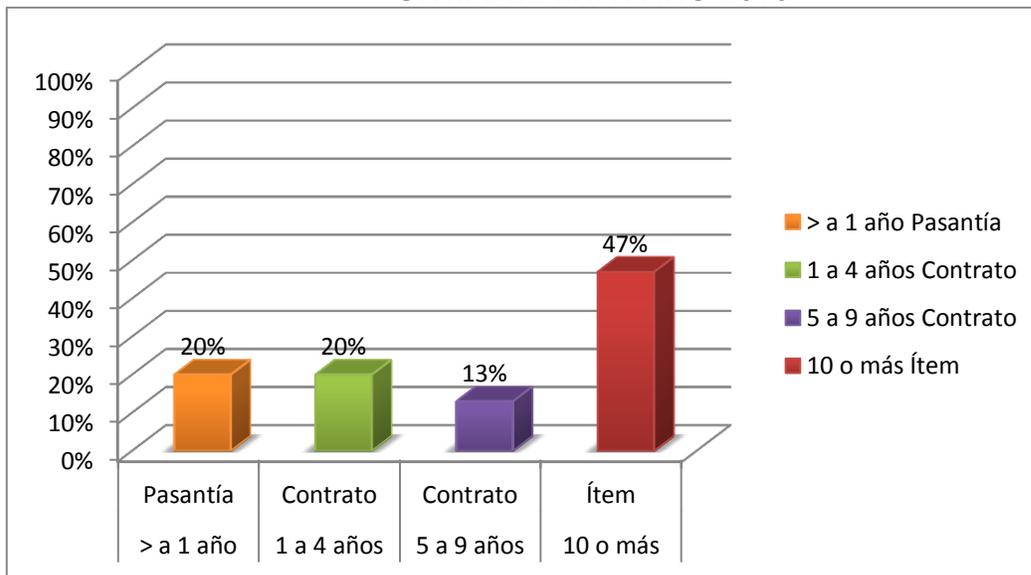
Para la realización del análisis estadístico se usó la estadística descriptiva a partir de la cual se pudo graficar los resultados obtenidos.

9. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación terminado el trabajo de campo. Primero se presentan los resultados de la encuesta aplicada al personal de enfermería; y en segundo lugar se presentan los resultados de la revisión documental que se realizó a los registros de enfermería. De un total de 329 registros de enfermería del año 2014.

9.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

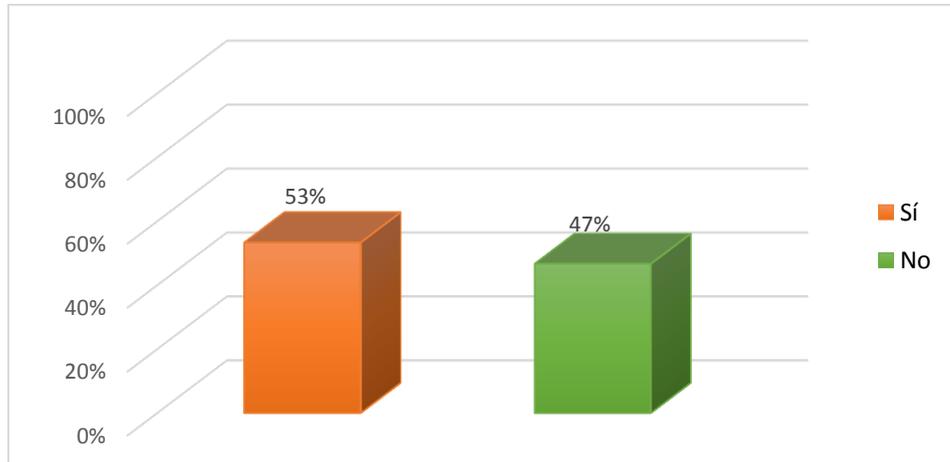
GRÁFICO N° 1
CARACTERÍSTICAS SEGÚN AÑOS DE TRABAJO Y CONDICION LABORAL
U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015

ANÁLISIS: De la muestra estudiada menor de 1 año de trabajo es el 20% y en condición de trabajo es de contrato de también de 1 a 4 años de trabajo es de 20% y de 5 a 9 años es de contrato con el 13% y por ultimo de 10 años y más son con ítem y representa el 47%.

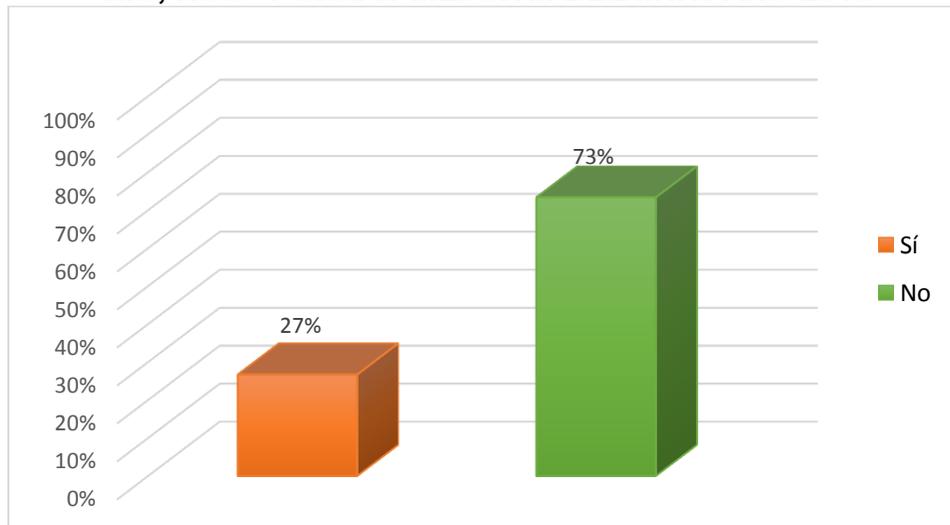
GRÁFICO N° 2
CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE LAS ETAPAS DEL
PROCESO ENFERMERO U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

ANÁLISIS: Respecto al conocimiento de las etapas del proceso de enfermería se supo que el 53% dijo que sí las conoce; el 47% dijo que no las conoce, pero la mayoría las conoce.

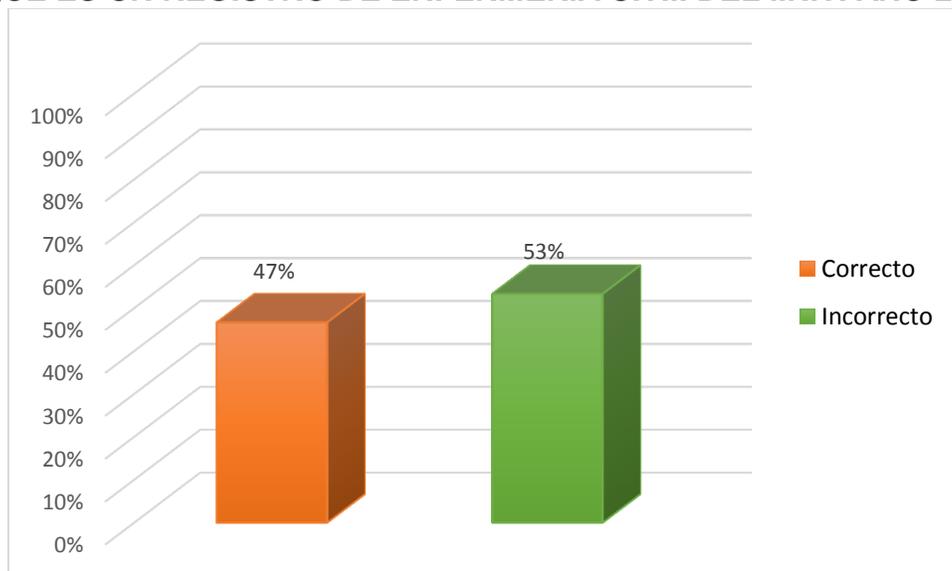
GRÁFICO N° 3
CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE NANDA,
NIC, NOC Y S.O.A.P.I.E. U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

ANÁLISIS: Sobre el conocimiento que debe tener el personal de enfermería sobre las normas NANDA, NIC, NOC, y SOAPIE se supo que el 27% dijo que sí las conoce; pero el 73% afirmó que no las conoce. De esta manera, la mayoría del personal de enfermería no conoce estas normas.

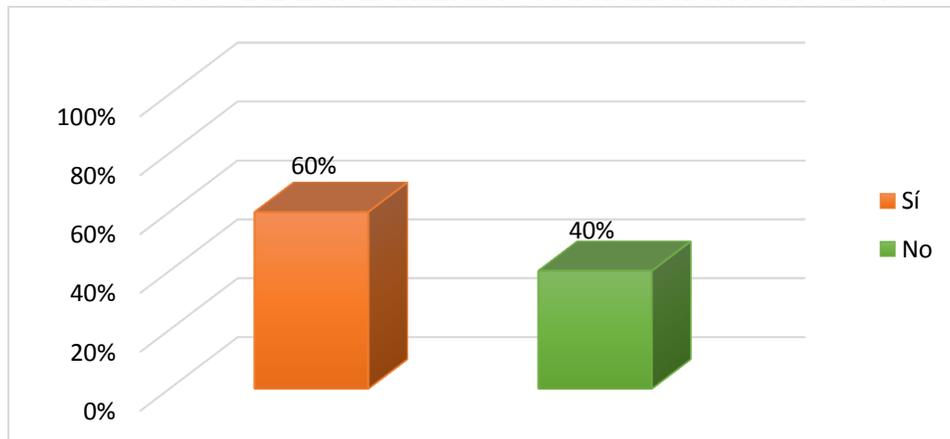
**GRAFICA N°4
CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO
QUE ES UN REGISTRO DE ENFERMERÍA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015**



Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

ANÁLISIS: Sobre la definición de que es un registro de enfermería se supo que el 47% respondió correctamente; el 53% no respondió correctamente, lo que significa que la mayoría no sabe lo que es un registro de enfermería

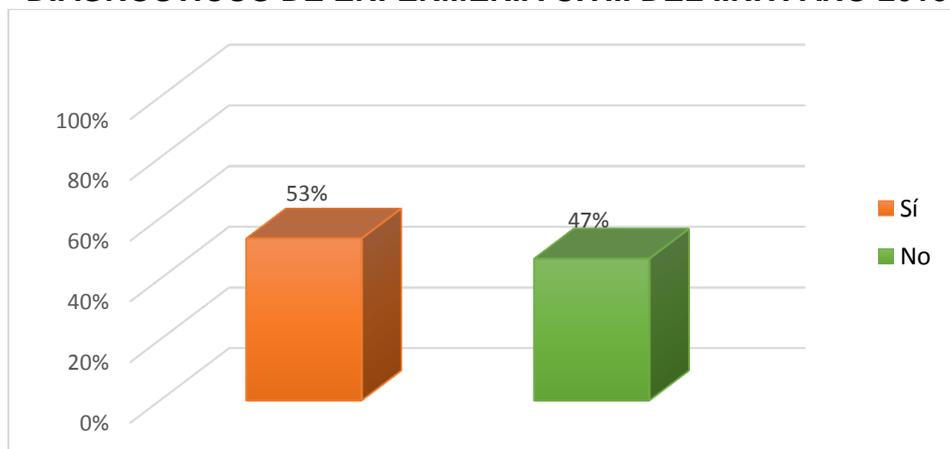
GRÁFICO N° 5
CARACTERÍSTICAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE NORMAS DE
REGISTRO DE ENFERMERÍA U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

ANÁLISIS: En cuanto a la aplicación de las normas de registro de la hoja de enfermería el 60% afirmó que sí las aplica en su diario desempeño; el 40% dijo que no las aplica. Es un porcentaje elevado de las enfermeras que no aplican estas normas.

GRÁFICO N° 6
CARACTERÍSTICAS SEGÚN DIFICULTAD PARA REGISTRAR LOS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015

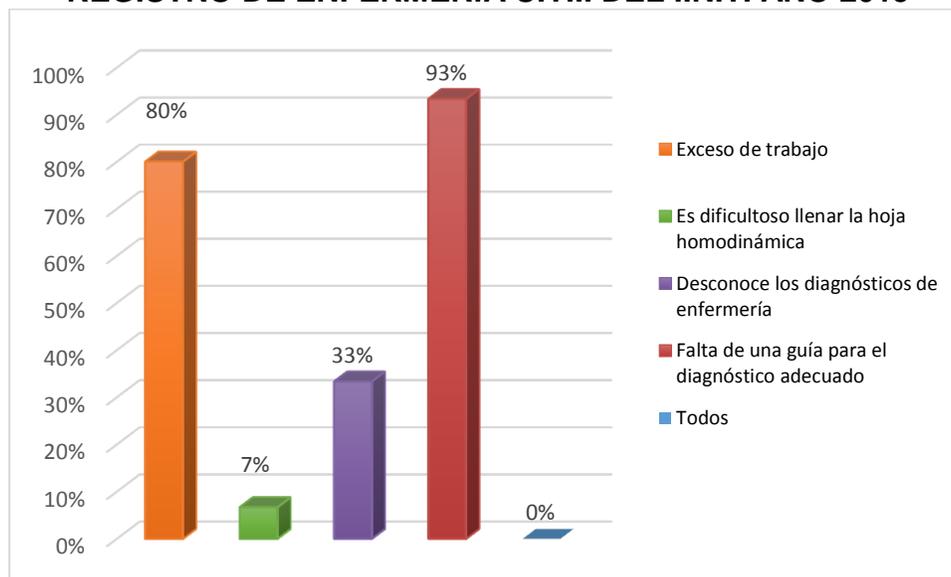


Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

ANÁLISIS: También se les preguntó si tenían problemas para registrar los diagnósticos de enfermería a lo que el 53% respondió que sí tiene dificultades

para realizar el registro de los diagnósticos; el 47% afirmó que no tiene dificultad para registrar. Sin embargo, es elevado el porcentaje del personal de enfermería que tuvo dificultades para registrar los diagnósticos

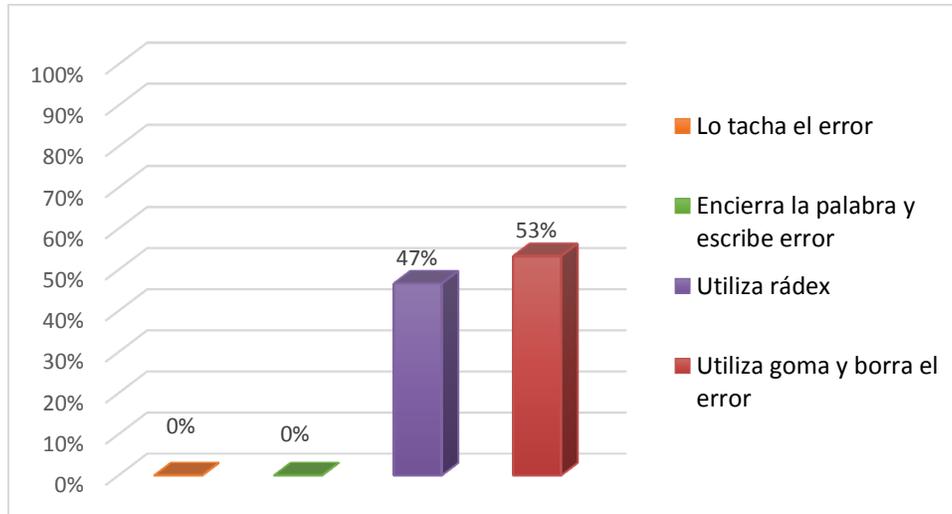
GRÁFICO N° 7
CARACTERÍSTICAS SEGÚN CAUSAS PARA NO REALIZAR UN BUEN REGISTRO DE ENFERMERÍA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015

ANÁLISIS: Sobre las causas para no realizar un buen registro de enfermería se supo que el 93% dijo que se debe a la falta de una guía para el diagnóstico adecuado; el 80% dijo que se debe al exceso de trabajo; el 33% dijo que se debió al desconocimiento de los diagnósticos de enfermería; el 7% dijo que se debió a que es difícil llenar la hoja hemodinámica

GRÁFICO N° 8
CARACTERÍSTICA SEGÚN FORMA DE CORREGIR LOS
REGISTROS DE ENFERMERÍA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2015

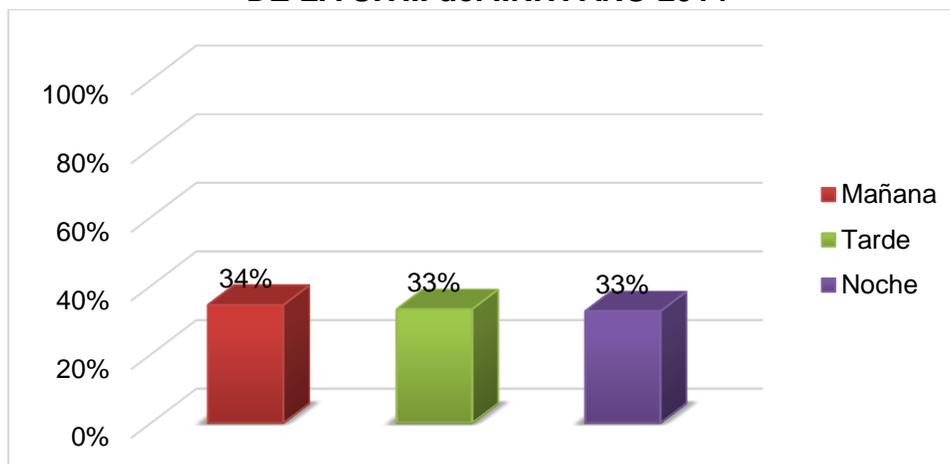


Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

ANÁLISIS: La forma de corrección de los registros de enfermería se pudo conocer que el 53% utiliza goma y borra el error; en el caso del 47% utiliza rádex; ninguna de las enfermeras tacha el error; ni encierra la palabra y lo vuelve a escribir. Sin embargo, la mayoría del personal de enfermería lo hace de forma incorrecta, lo que significa que deben fortalecer su conocimiento para el registro.

9.2. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DOCUMENTAL AÑO 2014

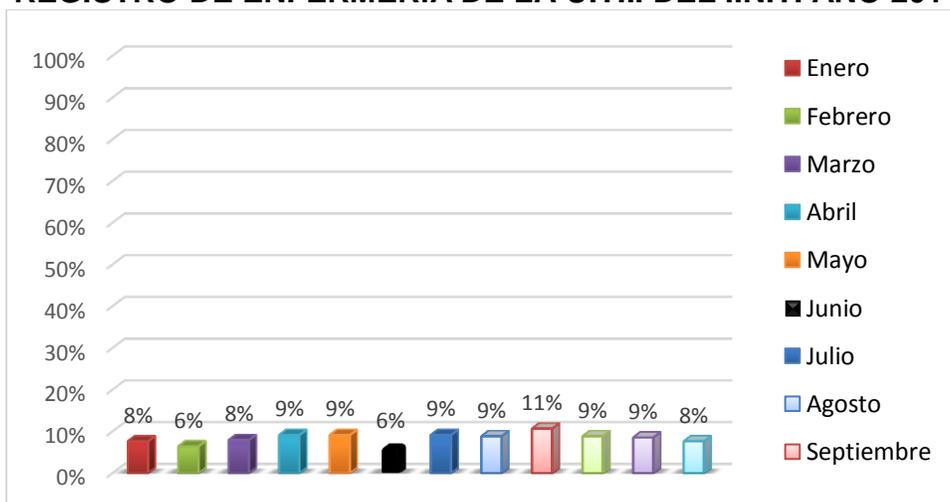
GRÁFICO N° 9
TURNO DE TRABAJO - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA U.T.I. del I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: Según los datos del registro de enfermería se supo que el 34% correspondía al turno de la mañana; el 33% correspondía al turno de la tarde; el 33% correspondía al turno de la noche.

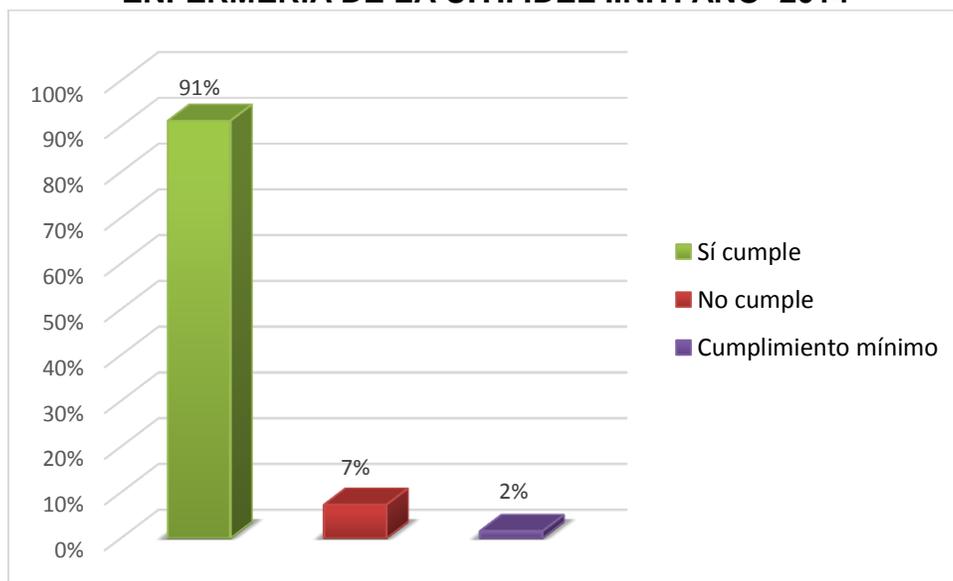
GRÁFICO N° 10
INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: La cantidad de registros de enfermería por mes fue durante el mes de enero se tuvo un 8%; en febrero se supo que hubo un 6%; en marzo se tiene el 8%; en abril se tuvo un 9%; en mayo se tiene el 9%; en junio se tiene el 6%; en julio se tiene el 9%; en agosto se tiene el 9%; en septiembre se tiene el 11%; en octubre se tuvo un 9%; en noviembre se tuvo un 9% y en diciembre se tuvo un 8%.

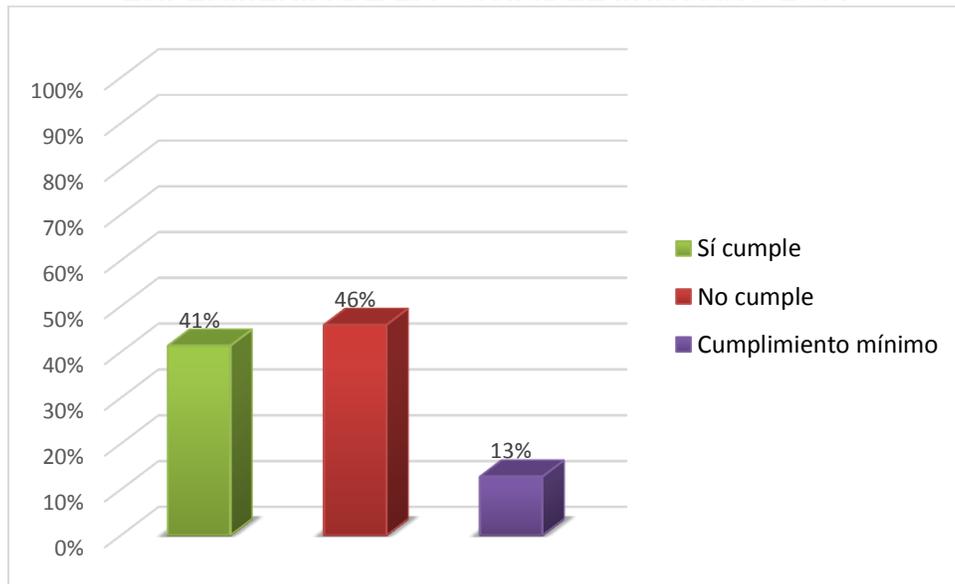
GRÁFICO N° 11
MEMBRETEA CON LOS DATOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN RECOGIDA
POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE
ENFERMERÍA DE LA U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: El membrete o que se realiza en los registros de enfermería se pudo corroborar que el 91% sí cumple con membrete o con los datos del paciente; hubo un 7% que dijo que no cumple con el membrete; y en un 2% se observó cumplimiento mínimo.

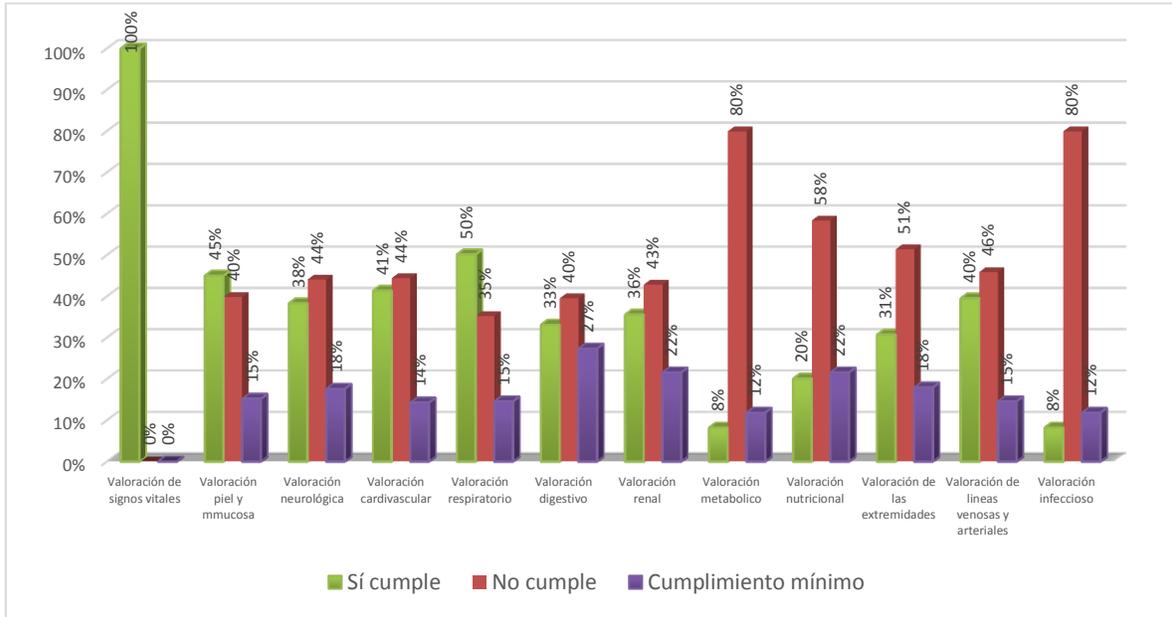
GRÁFICO N° 12
REGISTRA LOS DATOS SUBJETIVOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN
RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE
ENFERMERÍA DE LA U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: En el registro de los datos subjetivos del paciente se pudo constatar que el 41% sí lo cumple con el registro, el 46% de las personas no registran adecuadamente; y un 13% tiene un cumplimiento mínimo, puesto que no estaban completos los registros.

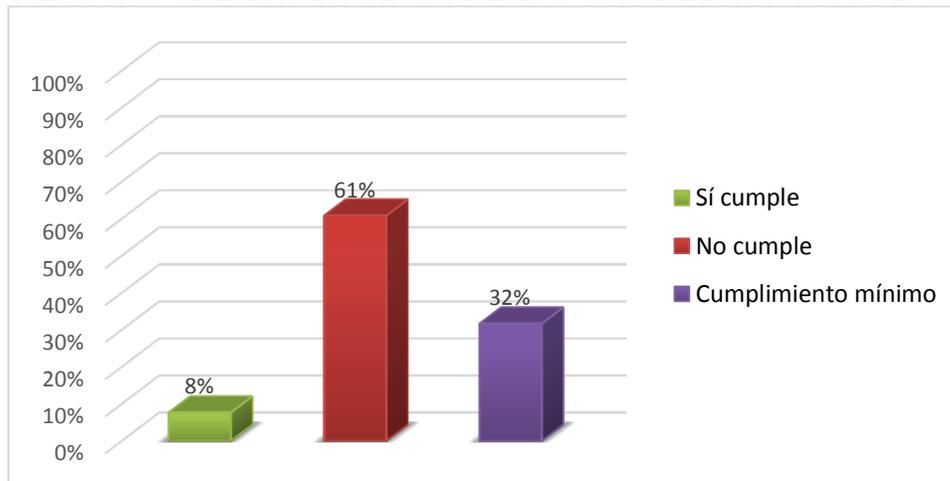
GRÁFICO N° 13
REGISTRA DATOS OBJETIVOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN RECOGIDA
POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE
ENFERMERÍA DE LA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: Según la revisión que se hizo se pudo conocer que el 40% de los registros no tenían los datos de valoración de la piel y mucosas; el 44% no tenía el registro de la valoración neurológica; el 44% no tenía la valoración cardiovascular; el 35% no tenía la valoración respiratoria; el 40% no tenía la valoración digestiva; el 43% no tenía la valoración de renal; el 80% no tenía la valoración metabólica; el 58% no tenía la valoración nutricional; y el 51% no tenían la valoración de las extremidades; el 46% no tenía la valoración de líneas venosas y arteriales; el 80% no tenía la valoración infecciosa.

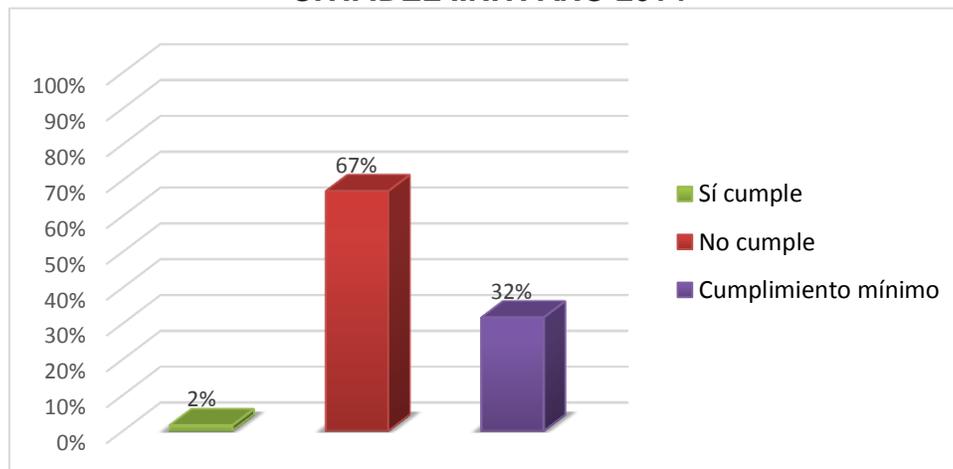
GRÁFICO N° 14
UTILIZA ETIQUETAS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA -
INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL
REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: En el uso de etiquetas de diagnóstico de enfermería NANDA se supo que el 8% sí cumple con este registro; el 61% no cumple con este registro, y en el caso del 32% se observó un cumplimiento mínimo. Lo que significa que las enfermeras deben mejorar sus registros.

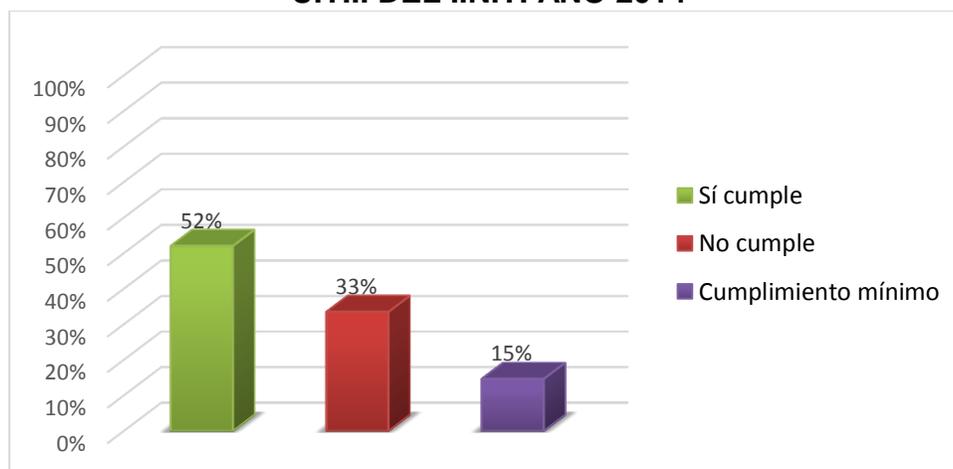
GRÁFICO N° 15
REGISTRA LA PLANIFICACIÓN - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL
INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA
U.T.I .DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: En cuanto al registro de la planificación del NOC se supo que el 2% sí cumple; el 67% de los registros no cumplían con los registros según NOC, el 32% tenía un cumplimiento mínimo.

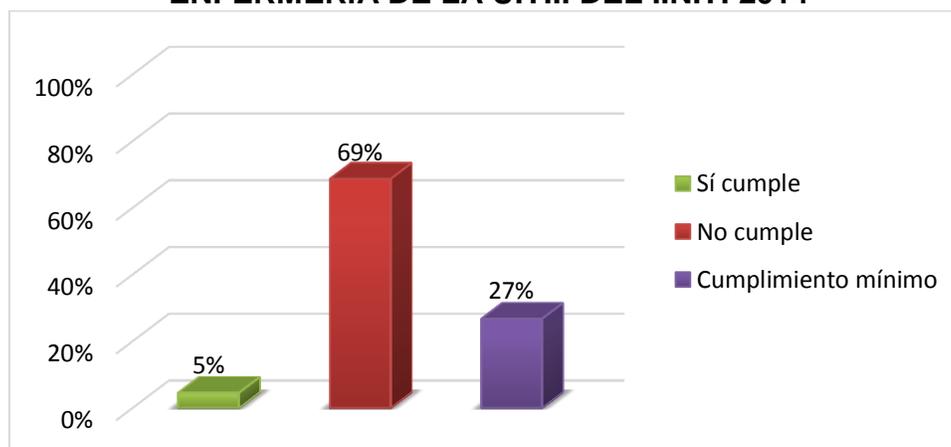
GRÁFICO N° 16
REGISTRA LAS INTERVENCIONES NIC - INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL
INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA
U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: El registro de la planificación NIC se supo que en los registros el 52% sí cumplió; en el caso del 33% no había cumplimiento y el 15% tuvo un cumplimiento mínimo. Lo que demostró que los registros necesitan mejorar en su registro.

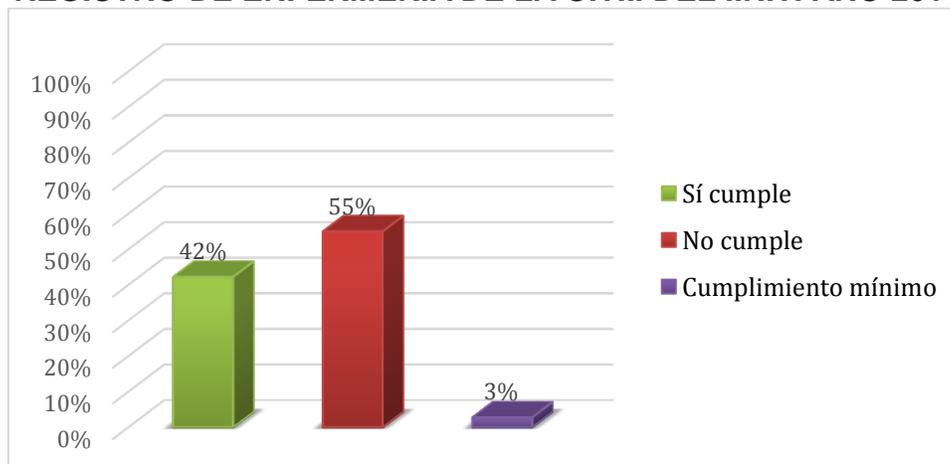
GRÁFICO N° 17
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC - INFORMACIÓN
RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN, REGISTRO DE
ENFERMERÍA DE LA U.T.I. DEL I.N.T. 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: Sobre la evaluación que debe realizarse se supo a través de la revisión documental que el 5% sí cumple con la evaluación que está registrada; en el 69% no se cumplió con el registro de la evaluación de los resultados NOC, en el caso del 27% se revisó que había un cumplimiento mínimo.

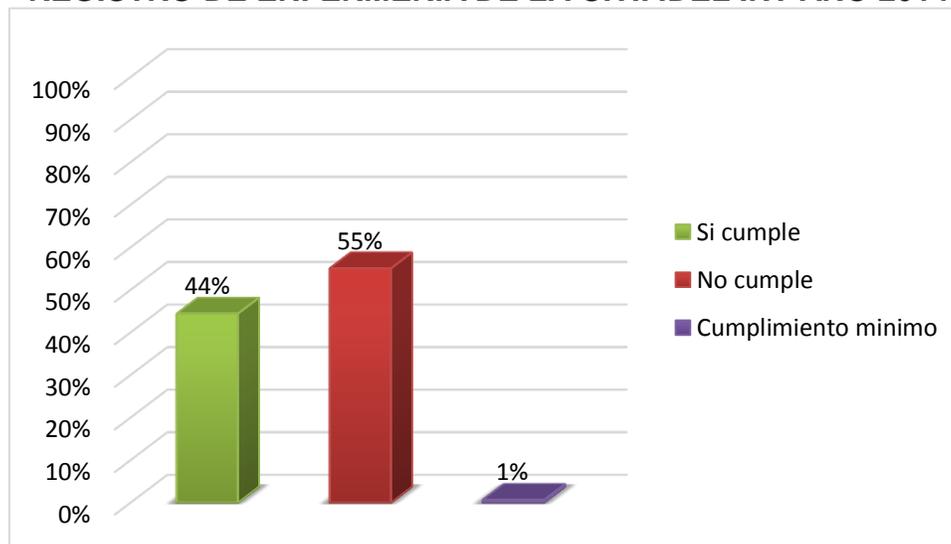
GRÁFICO N° 18
REALIZA EL REGISTRO SIN BORRONES, SIN CORRECTOR Y CON LIMPIEZA
INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL
REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: El registro de enfermería es un documento que debe ser llenado sin borrones, sin uso de corrector y con limpieza al respecto el 42% sí cumple con este tipo de llenado; el 55% no cumple con esta situación; y el 3% tenía un cumplimiento mínimo, porque los registros tenían borrones o tachaduras, sobre todo uso de rádex.

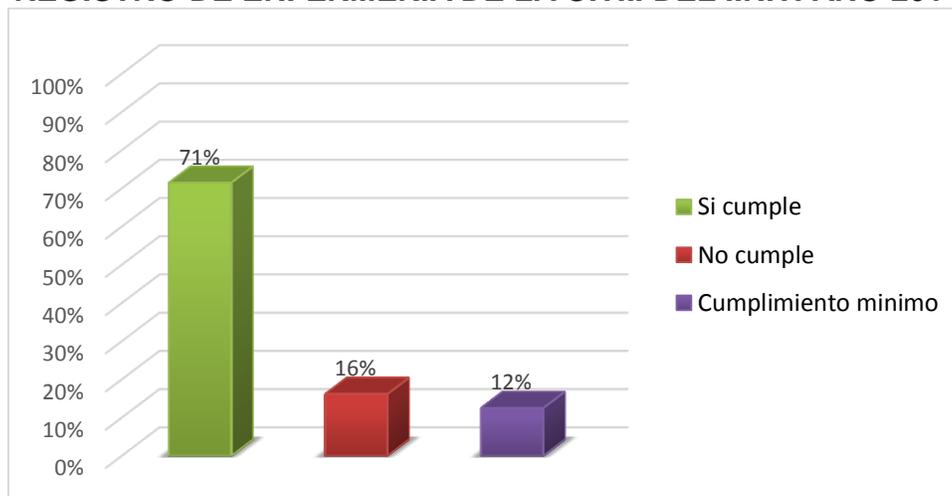
GRÁFICO N° 19
DEJA ESPACIOS BLANCOS EN EL REGISTRO DE ENFERMERA -
INFORMACIÓN RECOGIDA EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL
REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA U.T.I .DEL INT AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: En cuanto a dejar espacios blancos donde no se llena información se supo que el 44% sí cumple; en el caso del 55% se observó que los registros no cumplen, puesto que existen muchos espacios blancos donde se puede adicionar información. Lo que significa que no se cumple con esta norma, puesto que la mayoría de las enfermeras dejan espacios blancos.

GRÁFICO N° 20
COLOCA SELLO Y FIRMA DE LA ENFERMERA QUE ATENDIÓ AL PACIENTE
INFORMACIÓN RECOGIDA POR EL INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DEL
REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA U.T.I. DEL I.N.T. AÑO 2014



Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANÁLISIS: Finalmente, se conoció que el 71% de las enfermeras sí cumple con el sello y la firma en el registro de enfermería; pero hubo un 16% que no cumplió con estos requisitos; además un 12% tiene un cumplimiento mínimo lo que se observó solo realiza su rúbrica sin su sello de la profesional

10. DISCUSIÓN

A continuación, se presenta la discusión de la presente investigación donde se realiza la comparación de los resultados obtenidos con resultados de otras investigaciones y el Marco Teórico.

En el estudio realizado por Morales, 2011, donde la población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al primer semestre, se identificó que las notas de enfermería presentan un porcentaje regular de calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tenían una mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). En los resultados se revisó 329 registros de enfermería, de los cuales se pudo advertir que de la misma forma el 55% realiza los registros de enfermería con borrones, usando mucho corrector. Sobre el registro de los datos objetivos se supo que el 44% no realiza la valoración neurológica, cardiovascular, y en las valoraciones metabólicas e infecciosas se supo que el 80% no lo hace, porque se observa que copian los mismos registros, al inicio de cada día se registra de una forma y cuando se compara los registros del turno de la tarde y noche es la misma no cambia nada o solo cambia algunas palabras, pero sigue siendo lo mismo.

En comparación con el estudio de Dexi durante el 2007, donde se observó que la historia clínica del paciente no conseguía las notas de enfermería debidamente registradas en los formatos respectivos, y cuando se registraba datos incompletos que dificultaban la apreciación del enfermo. En el presente estudio se constató también que había registros de enfermería incompletos, por ejemplo el 55% dejan espacios vacíos; sobre la letra legible en el presente estudio en el 12% no se podía leer los registros; además en el 43% no se cumplía con mencionar los procedimientos especiales realizados al paciente durante el turno. Se nota el

desorden que tiene el personal de enfermería al registrar porque la información no está completa, la letra con la que escriben no se entiende.

Asimismo, comparando el estudio de Manco, realizado durante el 2010, entre sus resultados más importantes se tuvo que el 71% de las anotaciones fueron completas; el 12% fueron incompletas; sobre la dimensión contenido el 86% es completa y el 12% es incompleta; sobre la dimensión estructura el 79% fue completa y el 21% incompleta. En conclusión existió un porcentaje elevado de las anotaciones que fueron elaboradas completamente, pero existen datos que no son registrados. Comparando los resultados del presente estudio se supo que el 69% no cumplía con el registro de la evaluación de los resultados NOC; el 33% no registró la intervención de NIC; además el 67% no registró la evaluación del NOC; y el 61% no registró el diagnóstico NANDA.

11. CONCLUSIONES

Terminada la investigación y después del trabajo de campo se llegan a las siguientes conclusiones, las mismas que se estructuraron en base a los objetivos formulados:

Una vez aplicada la encuesta al personal de enfermería se concluye que el 40% no conocía sobre las normas de registro de enfermería; en cuanto a la aplicación de las normas de registro de la hoja de enfermería el 40% no las aplica; además el 47% no conoce las etapas del proceso de enfermería; sobre el conocimiento que tienen de las normas NANDA, NIC, NOC, SOAPIE el 73% no conocen sobre estas normas.

Por otro lado, también se realizó la revisión documental de los registros de enfermería, la revisión que se hizo fue de una gestión completa, vale decir, del 2014, donde se revisó 329 registros de enfermería. El turno al que pertenecían los registros de enfermería se supo que el 33% eran del turno de la tarde; otro 33% era del turno de la noche y el 34% eran del turno de la mañana. El mes donde se registró más fue durante septiembre que se tuvo un 11%. Por otro lado, se pudo conocer que el 91% de los registros de enfermería cuentan con membrete de los datos del paciente. Además el 84% contaban con el registro de la fecha, hora, año y diagnóstico de ingreso del paciente. Asimismo, el 55% no cumple con un registro sin borrones, se pudo conocer que una gran parte de los registros se encontraban sucios con borrones, se usa mucho el rádex para solucionar errores, aspecto que no debería hacerse.

Respecto a las falencias que presentan los registros de enfermería se observó en la revisión las siguientes falencias, se supo que el 55% no cumple con evitar borrones, es decir, que los registros de enfermería tienen borrones se usa mucho radex; otra debilidad que se observó durante la revisión de los registros de

enfermería fue que el 46% no cumple con el registro de los datos subjetivos; más aún en el registro de los datos objetivos se supo que el 44% no registra la valoración neurológica y la valoración cardiovascular; por otro lado el 80% no registra la valoración metabólica y la valoración infecciosa.

Otra situación que se pudo advertir fue que el 61% no cumple el uso de etiquetas de diagnóstico de enfermería NANDA. Asimismo, el 33% no cumple con el registro de la planificación NIC. El 69% no registra la evaluación de los resultados NOC.

En cuanto a la Guía de Registro de enfermería bajo el método sistemático S.O.A.P.I.E. Se propone que los temas más importantes para la Guía deberían ser:

- Proceso Enfermero en pacientes sometidos a ventilación mecánica y registro con el método sistemático de S.O.A.P.I.E.

De esta manera, se cumplió con el objetivo general, puesto que se organizó una Guía de registro de enfermería bajo el S.O.A.P.I.E. para registrar los procedimientos del manejo de pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax, durante el 2015. Así fue que se cumplió con éxito el objetivo general, se pudo desarrollar una Guía de registro el mismo que permitirá al personal de enfermería contar con una herramienta eficaz que permitirá un registro adecuado realizando el análisis y el uso del método S.O.A.P.I.E.

12. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de la presente investigación son las siguientes:

- Se recomienda la aplicación de la presente propuesta, para que se logre mejorar el registro de enfermería puesto que se considera importante que se tome en cuenta el método S.O.A.P.I.E. adquiriendo un respaldo legal adecuado.
- Se recomienda al personal de enfermería profesional la actualización sobre las normas de registro para aplicar un buen registro en el trabajo cotidiano.
- Se recomienda que se realicen posteriores estudios que permitan completar la Guía para los demás sistemas de esta manera se podrá facilitar más aún al personal de enfermería.
- Se recomienda continuar estudios posteriores realizados en el personal de enfermería para identificar otro tipo de problemas y plantear soluciones óptimas.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montes, R. Registros de enfermería. España. Novillo. 2011.
2. Meneses, P. Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería SOAPIE en el expediente clínico de neonatos, en la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales en el periodo de enero-abril. 2012. Hospital del Seguro Social Universitario La Paz. La Paz Bolivia.
3. Morales Loayza, S. Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos- hospital regional Moquegua año 2011. tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1. Recuperado el: 9-10-14.
4. Dexi Freites, M. Universitario de Caracas sobre los Registros de enfermería 2007Venezuela.Disponible en:
<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1176/1/tesis%20completa.pdf> Recuperado el: 17-10-15.
5. Manco Malpica, A. Características de las anotaciones de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Perú. 2010. Disponible en:
<https://www.google.com.bo/universidadsanmarcos/manco.2010>. Recuperado el: 08-10-15.
6. Torres Santiago, M.; Zárate, R.; Matus, R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Revista Universitaria ENEO-UNAM. 2010. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111c.pdf>. Recuperado el: 12-09-15
7. Arraus Martínez, O. Factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería. Trabajo científico de investigación. 2005. Disponible en:
<http://www.ape.org.py/Inoticias/030709htm>. Recuperado el: 17-07-15

8. Ruíz Hontangas, A. Calidad en los registros de enfermería. Universidad de Valencia. Valencia-España. 2013. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php> Recuperado el: 02-10-15.
9. García, S. Meza, A. 2007. Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/webcyti/2003.comunicacionesmedicas>. Recuperado el: 17-09-15.
10. Ortiz Carrillo, O.; Chávez, M. El registro de enfermería como parte del cuidado. Universidad de Cauca. 2010.
11. Mariabo Vaca, D. Calidad de la hoja de registros de enfermería en el Servicio de Internación en el Instituto Nacional de Oftalmología en La Paz, 2007-2008. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz-Bolivia. 2008.
12. Ramos, T. Calidad de registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital del Seguro Social Universitario. Seguro Social, La Paz-Bolivia. 2009.
13. Quispe, B. Calidad de los registros de enfermería, Servicio de Obstetricia Puerperio Quirúrgico, Hospital Materno Infantil, durante el 2014. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz Bolivia. 2014.
14. Instituto Nacional de Tórax. Reseña histórica. Revista del Instituto Nacional de Tórax. 2015. Volumen 3
15. Cortez, G. y Castillo, F. Guía para aplicar proceso de enfermería. Taxonomía N.N.N., NANDA, NIC, NOC, Registro sistematizado SOAPIE. Perú. 2008.
16. Rojas, P. Diagnóstico de enfermería. 2010. Disponible en: <http://materialdeenfermeria.com/diagnostico-2a-etapa-del-proceso-de.htm>. Recuperado el: 24-11-15.
17. López, R. Importancia de los registros de enfermería. MEDWARE. 2004. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>. Recuperado el: 4-07-15.

18. Ibarra Fernández, A.J. y García Sánchez, M. Registros de enfermería. Almería España. 2014. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>. Recuperado el: 13-08-15.
19. Cortez, G. Guía para aplicar proceso de enfermería. México: MacGraw Hill. 2013.
20. Bautista G. Registros y notas de enfermería. 2013. Disponible en: https://prezi.com/0aq3sl9rxrk_/registros-y-notas-de-enfermeria. Recuperado el: 19-08-15.
21. Prado, L. Modelo de calidad JCAHO. 2014. Disponible en: <http://calidadmodelos.wikispaces.com/modelo+de+calidad+jcaho>. Recuperado el: 25-11-15.
22. García, S. Meza, A. 2007. Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/webcyti/2003.comunicacionesmedicas>. Recuperado el: 17-09-15.
23. Ibarra A. Intervenciones de enfermería NIC aplicadas a los cuidados críticos pediátricos y neonatales. Almería España. 2015. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm>. Recuperado el: 23-11-15.
24. Bulech G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería. Barcelona España. 2013.
25. Ley del ejercicio Profesional Médico. Ley N°3131. Bolivia. 2005.
26. Guía de enfermería y medicina proceso de atención de enfermería SOAPIE junio 2012. Disponible en: <http://guiadeenfermeriaymedicina.com/2012/06/soapie-de-enfermeria.html> Recuperado el: 8-10-14.
27. Fernández, A. Ventilación Mecánica. Disponible en: <http://www.magazinekinesico.com.ar/articulo/236/historiay> objetivos. Recuperado el: 15-08-16.

28. Koria, R. Metodología de la investigación desde la práctica didáctica. El Nuevo Día y La Razón. La Paz-Bolivia. 2007.
29. Bravo, M. Guía metodología del proceso de enfermería. México. 1 edición. 2005.

14. PROPUESTA DE LA GUÍA



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN CARRERA DE ENFERMERÍA



GUÍA PARA EL REGISTRO DEL PROCESO ENFERMERO CON EL FORMATO SISTEMÁTICO S.O.A.P.I.E. EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX GESTIÓN 2014-2015

AUTORA: Lic. MARIA GABRIELA CHIPANA GUTIERREZ

2016

14.1. INTRODUCCIÓN

El Proceso Enfermero es un método lógico y racional que sirve a la profesional para planear el cuidado de enfermería en forma técnicamente, adecuada, eficiente y eficaz. Este proceso es una manera de formalizar la organización de las acciones, científico, técnicas de la esencia de enfermería.

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería, las notas narrativas fue el modelo que dejó Florencia Nigthingale en el siglo XIX posteriormente en 1953 V. Frey fue el que introdujo el término diagnóstico de enfermería con el fin de describir el plan de cuidados de enfermería. A partir de 1973 el P.E. es considerado como un método principal del desempeño de la enfermería en todas partes del mundo.

La aplicación del proceso de enfermería es considerada como instrumento de evaluación de la enfermería que denota la eficacia y efectividad del trabajo de la enfermera. Por tal razón, el método científico se registra a partir del Proceso Enfermero (PE), que garantiza la calidad del cuidado profesional.

A partir de la aplicación del (PE) se realiza la valoración y su registro, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual debe ser registrado con el sistema del S.O.A.P.I.E.

En este sentido, el uso del S.O.A.P.I.E. muestra un lenguaje común entre las enfermeras y el uso de un registro sistematizado como el S.O.A.P.I.E. garantizando la utilidad de los registros de enfermería al ser un indicador de calidad. Un buen registro de enfermería, debe recoger la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad y cuidado del paciente.

La presente investigación propone como solución una guía que tiene en su contenido diagnóstico de enfermería específicos, objetivos e intervenciones y evaluación de enfermería basada en el modelo de los 13 dominios (taxonomía N.N.N. II) en el registro sistematizado del S.O.A.P.I.E. que permite al personal de enfermería realizar la consulta para el accionar correspondiente.

14.2. JUSTIFICACIÓN

La presente guía, proporcionan la información ineludible para aplicarla el proceso enfermero (a) en las diversas situaciones, permitiendo de tal forma al personal de enfermería ahorro de esfuerzo y tiempo para examinar la literatura, con ello no significa sustituir los libros o textos, por el contrario colaborara para registrar el proceso enfermero.

Al no existir una guía de atención de enfermería estandarizada para la atención de este tipo de pacientes críticos que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax. Se pone en consideración la siguiente guía de atención para que pueda ser de utilidad en el servicio y así brindar una mejor calidad de atención, bajo estándares internacionales.

La presente guía para pacientes críticos, sometidos a ventilación mecánica será aplicable a todos los pacientes, que son hospitalizados en el área de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax. Está dirigida a todas las profesionales de enfermería, que realizan el cuidado directo en la U.T.I.

14.3. OBJETIVO DE LA PROPUESTA

14.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Proponer una guía de registro de enfermería que facilite la aplicación del P.E: NANDA – NIC– NOC y el registro de enfermería con la sigla del S.O.A.P.I.E. en los pacientes con ventilación mecánica.

14.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Entre los objetivos específicos se tiene los siguientes:

- Facilitar a la profesional de enfermería una guía con el actual proceso enfermero para su desempeño diario en terapia intensiva.
- Lograr un mejor conocimiento del actual (P.E) con sus 5 etapas en el expediente del paciente a través del S.O.A.P.I.E. y mejorar las prácticas clínicas de enfermería en la vigilancia continua del enfermo crítico.
- Elaborar diagnósticos de enfermería según los problemas encontrados real y potencial de la NANDA en la atención de con ventilación mecánica.

GLOSARIO

NANDA: (North American Nursing Diagnosis Asociación) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

N.I.C: Es la sigla (NURSIG INTERVENTIONS CLASIFICACION) Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Para cada diagnóstico de Enfermería plantea actividades. Propone más de 300 tipos de actividades.

N.O.C: Es la sigla (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION) Sistema de Clasificación de Resultados de enfermería.

Diagnóstico real: Es un juicio sobre las respuestas humanas a un problema de salud, se basa en la presencia de datos relevantes.

Indicador de resultado: conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado

Etiqueta: Cuando la alteración del estado de salud del cliente viene precedida por el término "riesgo de" y si se refiere a la comunidad "alto riesgo de".

Factores de riesgo: Identifica aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de una persona familia o comunidad.

Diagnostico Posibles: Diagnóstico de enfermería posible cuando las pruebas de que existe un problema de salud no está clara o se desconoce los factores causales, pero existen algunos datos que conduce a sospechar el diagnóstico, se puede formular: P+C o P+C+E.

Escala de Glasgow.- es una evaluación neurológica con nomenclatura de 0 – 15

Escala de E.V.A.-es una nomenclatura que se da a la escala análoga visual del dolor de 1 al 10

Escala de R.A.S.S.Es la medición de agitación de sedaciones Richmond.

SIGNIFICADO DE LA SIGLA DEL S.O.A.P.I.E.

S: DATOS SUBJETIVOS: Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.

O: DATOS OBJETIVOS: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración, se descubre por el sentido de la vista oído, tacto y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro y exámenes auxiliares, etc.

A: ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

P: PLAN DE ATENCIÓN: Se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

I: INTERVENCIÓN O EJECUCIÓN:(N.I.C.)Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

E: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS (N.O.C) se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente concluye con la firma del colegio y sello de la enfermería que atendió

14.4. IDENTIFICACIÓN DE ALGUNOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Dominio 1: Promoción de la salud.

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 2 Gestión de la salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar

Diagnósticos aprobados:

00080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico

00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.

Dominio 2 Nutrición.

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión: Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

Diagnósticos aprobados:

00002 Desequilibrio nutricional por defecto

00103 Deterioro de la deglución

Clase 4: Metabolismo: Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

Diagnósticos aprobados:

00179 Riesgo de glucemia inestable

Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Diagnósticos aprobados

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

00026 Exceso de volumen de líquidos

00027 Déficit de volumen de líquidos

Dominio 3 Eliminación e Intercambio.

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

Clase 4: Sistema pulmonar: Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

Diagnóstico aprobado:

00030 Deterioro del intercambio gaseoso

Dominio 4 Actividad/reposo (o descanso)

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1: Reposo/sueño/descanso: Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

Diagnósticos aprobados:

00095 Deterioro del patrón de sueño

Clase 2: Actividad/ejercicio: Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Diagnósticos aprobados:

00085 Deterioro De La Movilidad Física

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias: Mecanismos

Cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Diagnósticos aprobados:

00033 Deterioro de la respiración espontánea

00034 Respuesta disfuncional al destete del ventilador

Dominio 5 Percepción/cognición.

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 5: Comunicación: Enviar y recibir información verbal y no verbal.

Diagnósticos aprobados:

00051 Deterioro de la comunicación verbal

Dominio 6 Autopercepción.

Conciencia del propio ser.

(Sin alteración)

Dominio 7 Rol/relaciones.

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 1 Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud

(Sin alteración)

Dominio 8 Sexualidad: Identidad sexual, función sexual y reproducción.

(Sin alteración)

Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento: Procesos para manejar el estrés ambiental.

Diagnósticos aprobados:

00146 Ansiedad

Dominio 10 Principios vitales o Estilo de Vida.

Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco

(Sin alteración)

Dominio 11 Seguridad/protección.

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 1: Infección: Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

Diagnóstico aprobado:

0000 Riesgo de infección

Clase 2: Lesión física: Lesión o daño corporal.

Diagnósticos aprobados:

00039 Riesgo de aspiración

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

00247 Riesgo de deterioro de la mucosa oral

Clase 6: Termorregulación: Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.

Diagnósticos aprobados:

0007 Hipertermia

Dominio 12 Confort.

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico: Sensación de bienestar o comodidad.

Diagnósticos aprobados:

000132 Dolor Agudo

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo.

Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad. (Sin alteración)

14.4.1. APLICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROCESO ENFERMERO

Datos generales: Nombre, edad, sexo; procedencia y residencia, estado civil.

Motivo de internación: Desarrollar el cuadro.

Historia de la enfermedad actual

Antecedentes personales patológicos

- *Médicos.* .
- *Quirúrgicos:*
- *Traumatológicos:*
- *Alérgicos:*
- *Transfusiones*

Antecedentes personales no patológicos

Vivienda, alimentación, hábitos y adicciones.

Antecedentes familiares: Patologías de padre, madre, hermanos y abuelos.

Examen físico general: Del momento

- Valoración neurológico
- Valoración cardiovascular
- Valoración respiratoria
- Valoración digestivo
- Valoración renal
- Valoración metabólica
- Valoración nutricional
- Valoración de piel y mucosas
- Valoraciones de líneas venosas y arteriales
- Valoración de proceso infeccioso

Examen físico focalizado

Cabeza: A la inspección valorar la simetría, presencia de edemas, pronunciamientos y descripción.

Cara: Inspección forma, gestos faciales

Ojos: *Características*, reactividad pupilar, agudeza visual.

Nariz: Simetría, permeabilidad de fosas nasales.

Oídos: *Características*, audición.

Boca: Estado, piezas dentarias.

Cuello: Forma palpar modulaciones.

Tórax: Simetría, movimientos de ampliación, ruidos cardiacos, ritmo fonético, auscultar matidez timpanismo, pulmones murmullos vesicular

Abdomen: *Características*, palpación, actividad de RHA.

Genitourinario: *Características*, puño de percusión.

Extremidades: Tono, perfusión sensibilidad, verificar cicatriz de la aplicación de la vacuna BCG. En miembro superior

Neurológicos: Estado de conciencia, signos de irritación, focalización meníngeos, Glasgow. Valoración de R.A.S.S.

Interpretación de exámenes de laboratorio: Analizar valores y alteraciones.

Exámenes complementarios

Diagnóstico médico: Siempre definimos en base al diagnóstico o impresión médico.

Definición del diagnóstico

Indicaciones médicas

Medicamentos prescritos descripción

- *Mecanismos de acción*
- *Presentación*
- *Efectos adversos*

Datos Subjetivos

Fuente primaria si el paciente está en condiciones de responder las preguntas

Fuente de información secundaria (familiar o historial clínico) (si es valorable)

Datos Objetivos

Se obtiene de las valoraciones del examen céfalo caudal del paciente y también mediante uso de instrumentos, fonendoscopio, termómetro, monitores cardiacos, ventiladores mecánicos etc.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

Problema real

- *Insuficiencia* respiratoria
- *Hipoxia*
- Dificultad para comunicarse
- *Hipotermia/Hipertermia*
- *Secreciones* abundantes por boca y oro traqueales
- *Inconciencia(sedo analgesia)*
- Reposo prolongado
- Movimientos respiratorios aumentados y/ o disminuidos

Problema o potencial de riesgo

Riesgo de acidosis/ alcalosis metabólica y riesgo de infección nosocomiales

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

- Inconciencia por (sedo analgesia)
- hipoxia
- Insuficiencia respiratoria
- Movimientos respiratorios aumentados y/o disminuidos
- Hipertermia/ Hipotermia
- Secreciones abundantes por boca y oro traqueales
- Reposo prolongado
- Dificultad para comunicarse.

14.5. DESARROLLO Y APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Aplicación de la Taxonomía II NANDA NIC- NOC según necesidad alterada.

DOMINIO 1

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

(00080) Gestión ineficaz del régimen terapéutico¹

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que nos es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

Relacionado con:

- Complejidad del régimen terapéutico.

Manifestado o evidenciado por:

- Dificultad con la regulación y/o la integración de la prescripción del tratamiento
- Insuficiencia respiratoria.
- Proceso infeccioso.

PLANIFICACIÓN -OBJETIVO: Mantener condiciones óptimas.

NOC: (1601) Conducta de cumplimiento

(1813) Conocimiento del régimen terapéutico

Indicadores

- Comunica seguir con la pauta prescrita
- Busca ayuda externa para ejecutar la ayuda sanitaria
- Cumple el régimen terapéutico recomendado
- Cumple los tratamientos prescritos

Escala: De acuerdo a cada indicador

INTERVENCIÓN - NIC

4360 Modificación de la conducta²¹

ACTIVIDADES

- Animar, apoyar al paciente y su familia psicológica emocional mente
- Describir el proceso de la enfermedad
- Describir posibles complicaciones crónicas

EVALUACIÓN (NOC):

(1601) Evaluación de la conducta de cumplimiento

(1813) Evaluación Conocimiento del régimen terapéutico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00099) / clase 2 Mantenimiento ineficaz de la salud²

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Relacionado o evidenciado con:

-El deterioro cognitivo

Manifestado por:

-El deterioro perceptivo

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: mantener la salud en condiciones óptimas

NOC: (309) Capacitar al personal para la recuperación del paciente.

Indicadores:

- Mantiene higiene personal:
- Gravemente comprometido

Escala: Acorde a cada indicador 1al 5.

INTERVENCIÓN- NIC

(7040) Apoyo al cuidador principal²²

(5270) Apoyo emocional²³

(1800) Ayuda en el autocuidados²⁴

(2380) manejo de la medicacion²⁵

ACTIVIDADES:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

EVALUACIÓN

NOC: (309) Evaluar al personal para la recuperación del paciente.

DOMINIO 2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

(00002) Desequilibrio nutricional por defecto³

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Relacionado con:

- Incapacidad para digerir o absorber nutrientes secundario a factores biológicos

Evidenciado por:

- Presencia de sonda nasogástrica
- Incapacidad de ingerir los alimentos diarios necesarios.

PLANIFICACIÓN - OBJETIVO: Mantener el estado nutricional en condiciones óptimas.

NOC: (1008) control del estado nutricional y de líquidos administrados

- Indicadores:
- Alimentación por sonda nasogástrica

Escala: De no adecuada (1) a completamente adecuada (5), valorando tras cada administración la cantidad y la tolerancia respecto a la alimentación.

INTERVENCIÓN – NIC

(1100) Manejo de la nutrición ²⁶: Ayudar y/o proporcionar una dieta equilibrada

ACTIVIDADES

- Lavado de manos se según protocolo
- Suministrar la dieta por sonda nasogástrica, fraccionar en tomas en goteo moderado
- Evaluar distensión abdominal ,mediante residuo gástrico
- Observar si la piel está seca, descamada, con pigmentación
- Observar si producen náuseas y vómitos, tolerancia gástrica
- Registrar la tolerancia de la dieta

EVALUACIÓN – NOC: (1008) control del estado nutricional y de líquidos administrados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

cód. (00103) Clase1 Deterioro de la deglución ⁴

Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Relacionado con:

- Trastornos respiratorios
- Anomalías de la vía aérea superior
- Obstrucción mecánica (cánula de endotraqueal, o cánula de traqueostomía.)

Manifestado por:

- Deterioro de la conciencia
- Historia de paro cardíaco

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: Mantener permeable la vía oro-faringe para la ventilación y la alimentación enteral por sonda Nasogástrica

NOC: (1010) Estado de la deglución

(1918) Prevención de aspiración

(1004) Estado nutricional

Indicadores:

10101 controles de las secreciones orales

191801 identificaciones factores de riesgo

100401 ingesta de nutrientes

Escala: En la que medimos la desviación grave del rango normal (5) desviación sustancial (4) desviación moderada (3) desviación leve (2) Sin desviación (1).

INTERVENCIÓN _ N.I.C.

(1874) cuidados de la sonda nasogastrica²⁷

(3200) *Precauciones para evitar la aspiración*²⁸

(1160) *Monitorización nutricional*²⁹

ACTIVIDADES

- Lavado de manos según protocolo y aplicación de gel antiséptico
- Colocar al paciente en posición de fowler, si no está contraindicado
- Instalación de sonda nasogástrica estéril y guantes estériles según protocolo
- Comprobar la colocación de la Sonda nasogástrica mediante la aspiración del contenido gastrointestinal y la comprobación de contenido gástrico
- Verifique la permeabilidad de la sonda nasogástrica
- Auscultar periódicamente los ruidos aéreos intestinales
- Observar la cantidad el color y la consistencia del contenido gástrico
- Monitorice los ruidos aéreos
- Aspire la sonda nasogástrica o yeyuno antes de administración de la dieta
- Coordinar con la nutricionista para el régimen de la dieta.
- Registre el balance hídrico cada turno o según indicación médica.
- Registrar la tolerancia de la dieta.
- Determinar si el paciente necesita dieta especial.

EVALUACIÓN- NOC: (1010) evaluación del estado de la deglución
(1918) evaluación de la prevención de aspiración
(1004) evaluación del estado nutricional

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

cód. (000179) Riesgo de glucemia inestable⁵

Definición: Riesgo de variación de los niveles normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre, que puede comprometer la salud.

Relacionado con:

- Aporte dietético
- Manejo de la medicación
- Estado de la salud física (Crítico).

Manifestado por:

- Alteración en los valores de glicemia.

PLANIFICACIÓN -OBJETIVO: Mantener un nivel de glicemia dentro de parámetros normales.

NOC: (2300) del estado del nivel de glicemia

Indicadores

230001 Concentración sanguínea de glucosa

230007 Glucosa en orina

230008 Cetonas en orina

Escala: En la que medimos la desviación grave del rango normal (5) desviación sustancial (4) desviación moderada (3) desviación leve (2) Sin desviación (1).

INTERVENCIONES - NIC

(2120) Manejo de la hiperglucemia³⁰

ACTIVIDADES:

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Control de electrolitos acido base.
- Administrar insulina según prescripción médica.
- Vigilar cuerpos catónicos en orina (examen general de orina)

EVALUACIÓN (NOC): (2300) Evaluación del estado del nivel de glicemia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00025)Riesgo de desequilibrio de líquidos⁶

Definición: Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de líquido intravascular, intersticial y/o intracelular que pueda comprometer la salud. Se refiere a pérdida o aumentos de líquidos corporales, o ambos.

Relacionado con:

- Procesos infeccioso agudo que afecta la ingesta y absorción de líquidos
- Proceso invasivos

Manifestado por:

- perdida de volumen líquidos
- perdida de electrolitos

PLANIFICACIÓN -OBJETIVO: Mantener un nivel hídrico electrolítico adecuado.

NOC: (0601) Equilibrio Hídrico

(0600) Equilibrio electrolítico acido básico

Indicador:

060104 entrada y salidas equilibradas de líquidos

Escala: En la que medimos la desviación grave del rango normal (5) desviación sustancial (4) desviación moderada (3) desviación leve (2) Sin desviación (1).

INTERVENCIONES - NIC

(4120) Manejo de líquidos ³¹

(4130) Monitorización de líquidos ³²

(2080) Manejo de electrolitos ³³

ACTIVIDADES

- Monitorización de signos vitales
- Mantener acceso venoso permeable
- Administración de líquidos cristaloides.
- Reposición de potasio.- electrolito
- Instalar sonda vesical según protocolo del servicio.

- Control y balance de ingeridos y eliminados.
- Monitorización de hemodinamia
- Obtener muestra sanguínea para análisis de laboratorio de los electrolitos

EVALUACIÓN –NOC: (0601) Evaluar el estado del Equilibrio Hídrico

(0600) Evaluar el estado de Equilibrio electrolítico acido básico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

(00027) Déficit de volumen de líquidos ⁷

Definición: Disminución de líquidos intravascular intersticial o intracelular.

Relacionado con:

- Pérdida activa de volumen de líquidos, secundario a vómitos explosivos (hipertensión intracraneana).
- Fallo en los mecanismos reguladores.

Manifestado por:

- Sequedad de piel y mucosas.
- Disminución de diuresis.
- Disminución de la presión arterial.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.

PLANIFICACIÓN -OBJETIVO: Mantener un estado óptimo de hidratación

NOC: (0602) estado de nutrición Hidratación

Indicadores:

- Membranas y mucosas secas
- Proceso de anuria
- Presión Arterial inestable
- Frecuencia Cardíaca alterada.

Escala: En la que medimos la hidratación del paciente con los indicadores anteriores desde el extremadamente comprometido (1) al no comprometido (5).

Una vez conocido el estado de hidratación del paciente y que nuestro objetivo es conseguir su estado óptimo, nos planteamos las siguientes intervenciones.

INTERVENCIONES - NIC

Manejo de líquidos: ³¹ mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones de los niveles de líquidos anormales.

ACTIVIDADES

- lavado de manos según protocolo
- Administrar fluido terapia manteniendo el nivel del flujo intravenoso prescrito.
- Controlar la frecuencia, característica y cantidad de los vómitos.
- Administrar antieméticos según prescripción médica.
- Registro preciso de los ingresos (líquidos infundidos) y egresos (diuresis, aspirado nasogástrico, vómitos), etc...
- Vigilar el estado de hidratación observación de las mucosas, turgencia de piel y sed.
- Vigilar la frecuencia del flujo I.V. y la punción durante la infusión.
- Realizar cuidados de la vía venosa según protocolos.
- Monitorización de signos vitales: recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
- Controlar periódicamente por turno Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y Temperatura corporal.

EVALUACIÓN. NOC: (0602) evaluación del estado de nutrición e Hidratación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

cód. (00026) Exceso de volumen de líquidos ⁸

Definición: Aumento de la retención de líquidos

Relacionado con:

- Con compromiso de mecanismos reguladores

Manifestado por:

- Edema
- Desequilibrio electrolítico

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: Mantener un equilibrio electrolítico, acido base

NOC: (0601) equilibrio hídrico

Indicadores

- Presión Arterial
- Ingeridos y eliminados
- Hidratación cutánea
- Humedad de membranas y mucosas

Escala: De acuerdo a cada indicador.

INTEVENCIONES _ NIC

(3350) Manejo de líquidos y electrolitos ³⁴

(02080) Monitorización respiratoria .³⁵

ACTIVIDADES

- Disminuir fluido terapia, manteniendo el flujo intravenoso prescrito.
- Controlar ingresos y egresos.
- Administración de antieméticos prescritos por el medico
- Control y registro estricto de ingeridos y eliminados (balance).

EVALUACIÓN NOC:

(0601) valoración de equilibrio hídrico

DOMINIO 3

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00030) Deterioro del intercambio gaseoso⁹

Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

Relacionado con:

- Desequilibrio en la ventilación, perfusión.
- Cambios de la membrana alveolo capilar.

Manifestado por:

- Hipercapnia
- Presencia de tubo Endotraqueal
- Presencia de secreciones orales y lago faríngeo.

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: Mantener un intercambio gaseoso óptimo

NOC: (0402) Estado respiratorio intercambio gaseoso
(0403), Estado respiratorio ventilación

Indicadores:

- Disnea en reposo.
- Somnolencia
- Frecuencia respiratoria alterada
- Profundidad de la respiración
- Dificultad respiratoria

INTERVENCIONES NIC:

- (3350) Monitorización respiratoria ³⁵
- (3320) Oxigenoterapia por mascara facial ³⁶

ACTIVIDADES

- Vigilancia de la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiratorias.
- vigilancia de los movimientos torácicos, observando la simetría, utilización de músculos intercostales y supraclaviculares así como la aparición de fatiga muscular diafragmática.
- Se observó si se producen respiraciones ruidosas.
- Palpación y auscultación para control de la expansión pulmonar.
- Se observó si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Verificar de los cambios de SPO₂ y CO₂ y los cambios de los valores en sangre arterial.

- Comprobar el equipo de Oxígeno para asegurar que no interfiere con la respiración espontáneas o controlada.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno este permeable sin secreciones, para asegurar que se administre la concentración de O₂ prescrita

EVALUACIÓN - NOC:

(0402) Valoración del Estado respiratorio intercambio gaseoso

(0403) valoración del Estado respiratorio ventilación

DOMINIO 4

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00033) Clase 4 Deterioro de la ventilación espontánea ¹⁰

Definición.- Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida

Relacionado con:

-Fatiga de los músculos respiratorios

-Factores metabólicos

Manifestado por:

-Aumento de la frecuencia respiratoria

-Disminución de la saturación de oxígeno (PCO₂,)

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: Mantener un buen intercambio gaseoso

NOC: (0403) valoración del estado respiratorio ventilación

Indicadores:

04021 presión parcial de oxígeno

04028 presión parcial de bióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂)

INTERVENCIONES (NIC)

(6680) Monitorización de signos vitales ³⁷

(3350) Monitorización respiratoria ³⁵

(3300) Manejo de la ventilación mecánica ³⁸

(3160) aspiración de las vías aéreas³⁹

Actividades:

- Lavado de manos según protocolo aplicación de gel alcohol
- Control frecuente de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, Frecuencia respiratoria respiración, presión arterial media)
- Observar color, temperatura y humedad de la piel
- Vigilar la frecuencia y ritmo de las respiraciones.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas
- Observar si hay fatiga muscular diafragma
- Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulización si procede)
- Mantener la cama a 30°
- Preparar el ventilador
- Comprobar la forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluye la temperatura y la humidificación del aire inspirado
- Comprobar regularmente todas las conexiones de ventilación mecánica
- Evaluar el correcto funcionamiento de todo el ventilador mecánico
- Seleccionar la modalidad inicial habitualmente el control de volumen con frecuencia respiratoria, nivel de FiO₂ y volumen corriente
- Colaborar al médico en el procedimiento de la entubación endotraqueal
- Marcar el tubo endotraqueal en la posición de los labios, utilizando las Fijar el tubo endotraqueal con un dispositivo de estabilizar.
- Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial colgado los corrugados desde arriba, utilizando montajes flexibles y soporte de tubos durante la conexión y desconexión del ventilador
- Determinar la necesidad de la aspiración oral / traqueal
- Disponer precauciones universales como guantes, gafas y barbijo

- seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior el tubo endotraqueal
- Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante el ventilador mecánico antes
- Observar el estado de oxígeno del paciente(niveles de saturación de oxígeno) y estado hemodinámico nivel de ritmo cardíaco durante, antes y después de la succión
- Enviar a laboratorio las secreciones para cultivo y sensibilidad si procede
- Registrar el tipo y cantidad de secreciones y características.

EVALUACIÓN NOC: (0403) valoración del estado respiratorio ventilación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00085) Clase 2 Deterioro de la movilidad física ¹¹

Definición: limitación del movimiento independiente intencionada del cuerpo o de una o más extremidades

Relacionado con:

- Intolerancia a la actividad
- Disminución de la fuerza muscular

Manifestado por:

- Limitación de la capacidad para habilidades motoras
- Inestabilidad postural

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO mantener buen tono muscular

NOC:(0208) estado de capacidad para moverse

Indicador:

02081 mantenimientos de equilibrio

INTERVENCIONES- NIC:

(1800) Ayuda con los autocuidados ²⁴

(0226) Terapia de ejercicios⁴⁰

Actividades:

- Realizar aseo matinal
- Ayuda con autocuidado vestir cambio de pijama.
- Realizar cuidados de aseo matinal y baño de esponja y champú en cama
- Realizar recorte de uñas de los dedos de la mano y pies lubricar la piel con vaselina u otra crema
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición)
- Coordinar con el fisioterapeuta para realizar al paciente sesiones de fisioterapia muscular y de rehabilitación

EVALUACIÓN: (NOC)

(0208) evaluar el estado de capacidad para moverse

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00034) /clase4 Respuesta ventilatoria disfuncional al destete ¹²

Definición: Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de la ventilación mecánica, que interrumpe y prolonga el periodo de destete

Relacionado con:

- Historia de dependencia ventilatoria de más de cuatro días.
- Ritmo inapropiado en la reducción del soporte ventilatorio.
- Antecedente de múltiples fracasos en el intento de destete.

Manifestado por:

- *Cianosis.*
- *Hipoxia*
- *Disnea*

PLANIFICACIÓN -OBJETIVO: Lograra una respuesta ventilatoria adecuada después del destete.

NOC: (0412) estado de intercambio gaseoso

Indicadores:

- Frecuencia respiratoria espontanea
- Profundidad respiratoria, espontanea
- Presión parcial de oxígeno en sangre arterial
- Saturación oxígeno
- Presión parcial de Dióxido de Ca en sangre arterial.
- PH arterial

Escala: Signos y desviación del rango normal y (1) ninguno (5).

INTERVENCIONES _ NIC

(3310)Destete de la ventilación mecánica ⁴¹

(3270) Des entubación endotraquial⁴²

(3180) manejo de las vías aéreas artificiales⁴³

ACTIVIDADES:

- Lavado de manos según protocolo
- Registrar los signos vitales
- Determinar la preparación del paciente para el destete (hermodinámicamente estable, óptimo para el destete).
- Colaborar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios.
- Registre el Inicio el destete con periodos de prueba de 30 a 120 minutos de respiración espontanea asistida por respirador o ventilador mecánico
- Coordinar la modalidad del ventilador mecánico con el médico de guardia
- Alterar periodos de ensayos de destete con periodos de reposo
- Ensayar el destete con ventilación de tubo en “ T”
- Registre la administrar los medicamentos prescritos que favorecen la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso
- Establecer metas discretas y accesibles con el paciente para el destete

- Registrar la hora del procedimiento, el destete desinflar el dispositivo de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal
- Evitar la sedación farmacológica durante los ensayos de destete
- Instalar oxígeno por máscara de alto flujo
- Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal
- Aspirar la vía aérea bucal
- Registre aspiración de secreciones antes y después del destete
- Registre la hora que se inició por prescripción cambio de método de oxigenación (máscara de oxígeno)
- Registre la capacidad de deglución y conversación.

EVALUACIÓN - NOC: (0412) Paciente posterior a la extubación con un buen intercambio gaseoso con una saturación de oxígeno mayor 90% y con estabilización hemodinámica

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

Cód. (00095) Deterioro del patrón del sueño¹³

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad de sueño que deteriora el funcionamiento.

Relacionado con:

- Ruidos, luz y adopción de postura
- No habitual para dormir (dormía en decúbito lateral antes del ingreso, ahora no es posible, precisa cambios posturales)

Manifestado por:

- Cortos episodios de agitación.

PLANIFICACIÓN – OBJETIVO.- mantener el ambiente silencio para un sueño Reparador

NOC :(0004) estado del sueño

Indicadores:

- Duerme toda la noche
- Moderadamente comprometido; patrón del sueño
- Levemente comprometido.

INTERVENCIONES- NIC

(6482) Manejo ambiental: confort ⁴⁴

ACTIVIDADES:

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

EVALUACIÓN NOC:

(0004) evaluación del sueño

DOMINIO 5

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00051) Clase 5 Deterioro de la comunicación verbal ¹⁴

Definición: Disminución o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

Relacionado con:

- Disminución de la actividad verbal
- Barreras físicas
- Incapacidad para hablar.

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: Una vez retirado el tubo endotraqueal el paciente lograra una comunicación verbal.

NOC:(0902) capacidad de la comunicación

Indicadores:

O9022 utiliza el lenguaje escrito

O903 utiliza el lenguaje hablado

Escala: Signos y síntomas intenso (1) ninguno (5).

INTERVENCIONES _ NIC

(4976) mejorar la comunicación verbal⁴⁵

ACTIVIDADES:

- Técnicas para comunicación no verbal haga preguntas que se requieran
“Sí” “No”
- Utilizar palabras simples y frases cortas
- Utilizar gestos con las manos
- Establecer contacto visual con objetos
- Con movimientos de la cabeza
- Comunicación con mímicas

EVALUACIÓN - NO C: (0902) capacidad de la comunicación, con leve mejoría, con escasa capacidad en el aprendizaje

DOMINIO 9

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00146) Clase 2 Ansiedad¹⁵

Definición: Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza

Relacionado con:

- Amenaza en el cambio de salud.

Manifestado por:

- Inquietud
- Preocupación

PLANIFICACIÓN-OBJETIVO: El paciente controla los síntomas relacionados con la ansiedad.

NOC: (1402) control de la ansiedad

Indicadores:

- Busca información para reducir la ansiedad

Escala: (1) nunca manifestado (5) manifestado constantemente.

INTERVENCIONES _ NIC

(5820) Disminución de la ansiedad ⁴⁶

Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

ACTIVIDADES

- Explicar el proceso de enfermedad.
- Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

EVALUACIÓN NOC:

(1402) evaluar y el control de la ansiedad

DOMINIO 11

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00031 / Clase: 2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas ¹⁶

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables

Relacionado con:

- Retención de secreciones
- Secreciones bronquiales
- Secreciones abundantes y viscosas
- Sonidos respiratorios Sibilancia estertores

PLANIFICACIÓN - OBJETIVO: Mantener la permeabilidad de las vías aéreas mediante las aspiraciones traqueales y del lago faríngeo.

NOC :(0410) Estado Respiratorio

Indicadores:

- Permeabilidad de las vías respiratorias
- Facilidad respiratoria
- Movilización del esputo fuera
- Ruidos respiratorios

Escala: Signos y síntomas intenso (1) ninguno (5).

INTERVENCIONES _ NIC

(3350) Monitorización respiratoria³⁵

(3140) Manejo de las vías aéreas artificiales ⁴³

(3160) Aspiración de vías aéreas³⁹

ACTIVIDADES

- Lavado de manos según protocolo y aplicación de gel antibacteriano
- Utilizar equipo desechable estéril (guantes, gafas. y barbijo) para cada aspiración
- Clasificar los frascos de agua estéril para aspiración una para boca y otra para tubo traqueal
- Vigilar la frecuencia y ritmo de las respiraciones.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas.
- Auscultar las zonas respiratorias antes y después de cada espiración
- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de Saturación O₂ y SvO₂) y estado es gasometría arterial. Hemodinámico del paciente.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

- Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal de 15 a 20 mmhg durante y después de la aspiración
- Cambiar la cinta de / sujeción del globo endotraqueal según requerimiento
- Aspirar el oro faringe después de terminar la succión de la tráquea
- Hiperoxigenar con O₂ antes y después de la aspiración traqueal
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración si se utiliza el sistema de aspiración traqueal cerrado
- Realizar la asepsia alrededor de la estoma traqueal después de terminar la aspiración
- Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad
- Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorecen la permeabilidad de las vías aéreas
- Registrar las características de las secreciones
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación si procede

EVALUACIÓN –NOC (0410) Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (0045) Deterioro de la mucosa oral¹⁷

Definición: Alteración de los labios y/ o tejidos blandos de la cavidad oral.

Relacionado con:

- Presencia de tubo endotraqueal y sonda nasogástrica
- Dieta absoluta más de 24 horas.
-

PLANIFICACIÓN -OBJETIVO: Disminuir el deterioro de la mucosa oral.

NOC (1100) higiene bucal

Indicadores:

- Limpieza de la boca

- Humedad de la mucosa oral y de la lengua
- Reconoce factores de riesgo

Escala: Signos y síntomas intenso (1) ninguno (5).

INTERVENCIONES _ N.I.C.

(1710) Mantenimiento de la salud bucal ⁴⁷

ACTIVIDADES:

- Aseo bucal con antiséptico recomendable la clorexicidina.
- Humedecer, instilar mucosa del tubo endotraqueal
- Eliminar las secreciones Aspiración por Tubo orotraqueal y cavidad oral.
- Vigilar el estado de piel, membrana y mucosas

EVALUACIÓN – NOC: (1100) higiene bucal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (0004) Riesgo de infección ¹⁸

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Relacionado con:

- Procedimientos invasivos, vía venosa, cateterismos, sondas, válvula de derivación ventrículo peritoneal. Tubo endotraqueales.

PLANIFICACIÓN - OBJETIVO: Detectar y evitar la infección relacionada con los procedimientos invasivos.

NOC: (0703) estado infeccioso

Indicadores:

- Fiebre
- Signos y síntomas con flebitis, rubor calor y tumor u otros., Temperatura corporal medida por grados centígrados.

Escala: Signos y síntomas intenso (1) ninguno (5).

INTERVENCIONES _ N.I.C.

(6550) Protección contra la infección ⁴⁸

ACTIVIDADES:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos /síntomas de la infección y cuando deben informar a la enfermera.
- Aplicar el protocolo de detección de riesgo de infección por vía periférica y otros procedimientos invasivos implantados en la institución.

EVALUACIÓN NOC: (0703) estado infeccioso

Para cada diagnóstico y su planificación de cuidados se realizará una evaluación con relación al NOC (1) y se interpretaran los resultados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00007) Clase 6 Hipertermia ¹⁹

Definición: Elevación de a temperatura corporal por encima del rango normal-

Relacionado con:

- Aumento de la tasa metabólica
- Proceso infeccioso
- Uso de ropa inadecuado

Manifestado por:

- Aumento de la temperatura corporal
- Rubor
- Taquicardia
- Taquipnea

PLANIFICACIÓN - OBJETIVO: Paciente mantendrá una temperatura corporal dentro de parámetros normales.

NOC: (0800) Termorregulación

Indicadores:

- Fiebre
- Diaforesis
- Rubor

Escala: Temperatura corporal medida en grados centígrados entre 36.⁵-37.⁵ °C

INTERVENCIONES _ N.I.C.

(3900) Regulación de la temperatura ⁴⁹

ACTIVIDADES

- Controlar la temperatura corporal (oral, axilar) y las constantes vitales.
- Registro de los Signos .vitales y termo grama en hoja térmica.
- Realizar medios físicos.
- Administración de antipiréticos prescritos. por el medico
- Valoración de la T° corporal posterior a la administración de antipiréticos y medios físicos.

EVALUACIÓN. (N.O.C.):

(0800) valorar la Termorregulación si fue efectiva

DOMINIO 12

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Cód. (00132) Dolor Agudo ⁽²⁰⁾

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa, con un final anticipado o previsible.

Relacionado con:

- Agente lesivo (biológico, químico , físico y/o psicológico)

Manifestado por:

- Taquicardia

- Informe verbal o codificado
- Posición antiálgica para evitar el dolor
- Observación de las evidencias

PLANIFICACIÓN - OBJETIVO: Reconocer la presencia e intensidad del dolor del paciente y controlarlo.

NOC: (2102) nivel del dolor

Indicadores

- Frecuencia del dolor
- Dolor referido
- Duración de los episodios del dolor
- Posiciones corporales protectoras

Escala: Desde (1) al (10) Valoración de escala de E.V.A.

INTERVENCIONES _ N.I.C.

(1400) Manejo del dolor ⁵⁰ Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que se aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración con escala de (E.V.A.) exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor o factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente.
- Proporcionar al paciente un alivio del dolor mediante la administración de los analgésicos prescritos.
- Evaluar con el paciente la eficacia de la analgesia administrada.

EVALUACIÓN (N.O.C.):

(2102) evaluar el nivel del dolor. Con escala de E.V.A.

RESULTADOS:

Los resultados se realizaran bajo los siguientes parámetros:

Esperados

Mejorar

Estabilizar

Evitar deterioro

Alcanzados

Mejorado

Estabilizado

Sin deterioro o en remisión

NOC (2)

Para cada diagnóstico y su planificación de cuidados se realizará una evaluación con relación al NOC (1) y se interpretaran los resultados.

UN EJEMPLO DE REGISTRO EN PACIENTE SOMETIDO A VENTILACION MECANICA CON EL FORMATO DE S.O.A.P.I.E.

SUBJETIVO: paciente aún no se puede comunicar verbalmente.(se toma datos de la historia clínica o familiares)

OBJETIVO: al examen físico se observa paciente portador de tubo endotraqueal acoplado al ventilador mecánico. Bajo sedación con una escala de RASS-4 se registra el examen físico (céfalo caudal)

ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: limpieza ineficaz de las vías aéreas r/ c retención de secreciones m/p sonidos respiratorios sibilancias estertores

PLANIFICACION -OBJETIVO: Mantener la permeabilidad de las vías aéreas Mediante las aspiraciones traqueales y del lago faríngeo

INTERVENCIONES _ NIC

(3350) Monitorización respiratoria³⁵

(3140) Manejo de las vías aéreas artificiales⁴³

(3160) Aspiración de vías aéreas³⁹

ACTIVIDADES

- Lavado de manos según protocolo y aplicación de gel antibacteriano
- Utilizar equipo desechable estéril (guantes, gafas. y barbijo) para cada aspiración
- Clasificar los frascos de agua estéril para aspiración una para boca y otra para tubo traqueal
- Vigilar la frecuencia y ritmo de las respiraciones.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas.
- Auscultar las zonas respiratorias antes y después de cada espiración
- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de Saturación O₂ y SvO₂) y estado es gasometría arterial. Hemodinámico del paciente.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal de 15 a 20 mmhg durante y después de la aspiración
- Cambiar la cinta de / sujeción del globo endotraqueal según requerimiento
- Aspirar el oro faringe después de terminar la succión de la tráquea
- Hiperoxigenar con O₂ antes y después de la aspiración traqueal
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración si se utiliza el sistema de aspiración traqueal cerrado
- Realizar la asepsia alrededor de la estoma traqueal después de terminar la aspiración en caso que el paciente es portador de traqueostomía.
- Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad
- Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorecen la permeabilidad de las vías aéreas según prescripción médica.
- Registrar las características de las secreciones
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación si procede.

EVALUACIÓN –NOC (0410) valorar el Estado Respiratorio y la Permeabilidad de las vías respiratorias

14.6. NORMAS DE REGISTRO

JCAHO, por su nombre en inglés *Joint Comisión en Accreditation of Healthcare Organization*, durante 1951 entró de acuerdo entre profesionales sanitarios como (ACS, ACP, AMA) y la Asociación Americana de Hospitales (AHA) y la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones Sanitaria formando la organización de JCAHO. Su esquema inicial fue semejante a los de la ISO, se centró en determinar estándares de origen profesional para la autorregulación voluntaria. A partir de propuestas por esta organización se expusieron estándares que son renovados periódicamente.⁵¹

La JCAHO es una organización sin fines de lucro que se dedica a incrementar el nivel de seguridad y calidad del cuidado de la salud en centros de atención médica, reconocida dentro el ámbito de la salud como símbolo de calidad y establece lo siguiente:

- Establece para la documentación del registro de enfermería. Los pacientes recibirán cuidados de enfermería, basados en la valoración.
- La valoración del paciente incluyen la consideración de factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos.
- Los cuidados de enfermería se basan en los diagnósticos codificados de la NANDA.
- Las historias Clínicas del paciente incluirán documentación de las valoraciones iniciales y revaloraciones, diagnósticos reales y potenciales, así mismo la planificación, que incluyen las intervenciones y los resultados esperados
- Los registros de enfermería se basarán en normas establecidas en el S.O.A.P.I.E. JCAHO recomienda el uso de indicadores clínicos, que se lo define como variable cuantitativa para monitorizar la calidad y la adecuación de los cuidados y que sirven de base para medir la actividad de los servicios de enfermería.⁵¹

14.7. LINEAMIENTOS DE REGISTRO

A continuación, se presentan los lineamientos que se consideran de suma importancia para un llenado adecuado de los registros de enfermería y que se recomienda aplicar en el cotidiano trabajo dentro del Instituto Nacional de Tórax. Los lineamientos que se presentan están divididos en cuatro grandes grupos el primero corresponde a:

Cuadro N° 2 Lineamientos para el registro del proceso en enfermería⁵²

Objetividad	Lenguaje comprensible
	Información objetiva
	Información referida a problemas de salud
	Evita la repetición de datos
Precisión y Exactitud	Datos fidedignos y completos del paciente
	Registro de fecha
	Registro de numero de cama
	Registro de edad
	Registro N° Cód. de seguro
	Indicaciones revisadas firma/hora/fecha/sello
	Registra todas las interconsultas y visitas médicas/estudios realizados/hora/tipo
	Registra los medicamentos administrados en forma completa
	Cantidad de dosis
	Vía de administración
	Registro de posibles reacciones/tolerancia al tratamiento
	Cuenta con reporte por el personal profesional
Legibilidad y claridad	Sin tachaduras/borrones/ni fluidos correctores
	Se conserva en buen estado
	Tipo de letra(imprenta)
	Letra legible
	Sin abreviaturas/símbolos que no sean de uso generalizado
	Utiliza colores estandarizados para el registro/según turno
	No dejar líneas en blanco
Registro científico	Contenido científico SOAPIE (datos subjetivos, datos Objetivos, conclusión diagnostica, plan de cuidados, Intervención de enfermería, Evaluación).PAE (Diagnóstico, Planificación, Intervención y Evaluación)

Fuente: Normas JCAHO.

14.8. SEMINARIO TALLER DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX

OBJETIVO GENERAL: Capacitar al personal de enfermería sobre los temas de proceso enfermero y normas de registro de enfermería.

LUGAR: Auditorio del Instituto Nacional del Tórax (I.N.T)

COORDINACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Con Jefatura de Enseñanza e Investigación y Autorización del Director y Jefatura de Enfermería del I.N.T.

Fecha	Temas	Objetivos	Contenido	Disertantes	Material
DIA 1	Proceso Enfermero (conferencia)	Fortalecer los conocimientos adquiridos	Concepto y sus etapas	Lic. María Chipana I.N.T. (conferencia)	Data show
DIA 2	Normas de registro	Dar a conocer los resultados las dificultad del registro	Conceptos de normas de registro internacional	Lic. Delia Castañón .Jefe U.T.I. del I.N.T.(conferencia)	Data show
DIA 3	Aplicación de los diagnósticos de enfermería	Dar a conocer de cómo se realiza los diagnósticos de enfermería	Conceptos de Taxonomías II NANDA- NIC NOC Registro (S.O.A.P.I.E)	Lic. : Lola Callahua Invitada (CNSS) (conferencia) Lic. María Chipana capacitadora (taller)	Data show Pizarrón y marcador
DIA 4	Lineamiento de registro y ley 3131	Demostrar la importancia del registro	Conceptos objetividad ,precisión Legitimidad registro científico	Dr. Marco García Jefe: de la U.T.I. Del I.N.T.	Utilización de data show

14.9. BIBLIOGRAFÍA

Theater, Herman. Guía NANDA Internacional diagnósticos enfermeros 2012-2014

	<u>Página del libro consultado</u>
1. (00080) Gestión ineficaz del régimen terapéutico.....	163
2. (00099 / Clase 2 Mantenimiento ineficaz de la salud.....	164
3. (00002) Clase 1 Desequilibrio nutricional por defecto.....	171
4. (00103) / Clase 1 deterioro de la deglución.....	171
5. (00179) / Clase 1 riesgo de la glucemia inestable.....	183
6. (00025) Riego de desequilibrio de volumen de líquidos.....	189
7. (00027) Déficit de volumen de líquidos.....	186
8. (00026) Exceso de volumen de líquidos.....	187
9. (00030) Deterioro del intercambio gaseoso.....	214
10. (00033) Clase 4 Deterioro de la ventilación espontánea.....	247
11. (00085) / Clase 2 Deterioro de la movilidad física.....	226
12. (00034) / Clase 4 respuesta disfuncional al destete.....	245
13. (00095) Deterioro del patrón del sueño.....	246
14. (00051) Clase 5 Deterioro de la comunicación verbal.....	175
15. (00146) Clase 2 Ansiedad.....	351
16. (00031) Clase 2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	433
17. (0045) Deterioro de la mucosa oral.....	434
18. (0004) Riesgo de infección.....	417
19. (00007) clase 6 hipertermia.....	467
20. (00132) Dolor agudo.....	476

Buletchet, Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería Barcelona España 5ta edición.

	<u>página del libro consultado</u>
21. NIC (4360) Modificación de conducta.....	499
22. NIC (7040) Apoyo de cuidador principal.....	132
23. NIC (5270) Apoyo emocional.....	136
24. NIC (1800) Ayuda en el autocuidado.....	175
25. NIC (2380) Manejo de la medicación.....	524
26. NIC (1100) Manejo de la nutrición.....	526
27. NIC (1874) Cuidados de la sonda nasogástrica.....	242
28. NIC (3200) Precauciones para evitar la aspiración.....	672
29. NIC (1160) Monitorización nutricional.....	634
30. NIC (2110) Manejo de la hiperglicemia.....	518
31. NIC (4120) Manejo de líquidos.....	551

32. NIC (4130) Monitorización de líquidos.....	623
33. NIC (2080) manejo de electrolitos.....	553
34. NIC (2081) manejo de líquidos y electrolitos.....	554
35. NIC (3350) Monitorización respiratoria.....	635
36. NIC (3320) Oxigenoterapia por mascara facial.....	643
37. NIC (6680) Monitorización de signos vitales	624
38. NIC (3300) Manejo de ventilación canica.....	539
39. NIC (3160) Aspiración de vías aéreas.....	166
40. NIC (0026) Terapia de ejercicios.....	747
41. NIC (00034) Respuesta ventilatoria al destete.....	245
42. NIC (3270) Desintubación endotraqueal.....	305
43. NIC (3118) manejo de vías aéreas artificiales.....	549
44. NIC (6480) manejo ambiental confort.....	465
45. NIC (00051) mejorar la comunicación verbal.....	608
46. NIC (6480) disminución de la ansiedad.....	308
47. NIC (1710) Mantenimiento de la salud bucal.....	594
48. NIC (6440) Control de infecciones	213
49. NIC (3900) regulación de la temperatura.....	707
50. NIC (1400) Manejo del dolor.....	569
51. Normas de registro: Cortez normas del proceso de enfermería. México Mac Graw Hill 2013.....	122
52. Lineamiento de registro normas del proceso de enfermería. México Mac Graw Hill 2013.....	119

ANEXOS

ANEXO 1
CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO A LA INSTITUCIÓN

La Paz, 04 de marzo de 2015

Señor
Dr. JUAN MIGUEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL I.N.T.
Presente.-

Ref. Autorización para realizar una encuesta a las licenciadas de terapia intensiva.

Distinguido Doctor:

Por intermedio de la presente saludo a su autoridad y le deseo éxitos en sus funciones el motivo de la presente es informarle que vengo realizando el curso de maestría en terapia intensiva mi persona ha elegido como sujeto de tesis diseño de "implementación de registro de enfermería bajo el modelo de S.O.A.P.I.E en terapia intensiva "para lo cual tengo previsto realizar encuesta de conocimiento y actitudes a las colegas de la unidad de terapia intensiva.

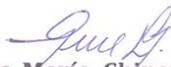
La ventaja de la implementación de registro de enfermería de especialidad de terapia intensiva permitirá el llenado de formulario de manera sistematizada y facilitara a la colega que trabaja en la terapia intensiva

Por lo señalado solicito a su autorización para realizar esta encuesta entre las enfermeras de terapia intensiva y posterior capacitación del tema.

El asesor designado es el doctor Freddy Armijo del pos grado de la facultad de medicina de la U.M.S.A.

Segura de contar con su autorización, me despido muy respetuosamente.

Atentamente,


Lic. María Chípana Gutiérrez
Enfermera terapista del I.N.T.

autorizado
CP 4-11/15-15

Dr. Juan José Miquez D.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE TERAPIA

ANEXO 2

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS ENCUESTA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS UNIDAD DE POSTGRADO

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA HOJA DE ENFERMERÍA EN LA U.T.I. DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TORÁX

El presente cuestionario tiene la finalidad de evaluar los conocimientos para el llenado de la Hoja de Enfermería en la UTI, según el método sistemático SOAPIE.

INFORMACIÓN PERSONAL:

1. Cuántos años trabaja en la U.T.I.	
2. Su condición laboral es:	
a. Trabajador a contrato	
b. Trabajador con ítem	
c. Personal de pasantía	

A.- Responda a las siguientes preguntas según su criterio:

3. ¿Usted conoce las normas de registro de enfermería?	SI	NO	
4. ¿Usted aplica las normas de registro en la hoja de enfermería?	SI	NO	
5. ¿Usted conoce las etapas del proceso de enfermería?	SI	NO	
6. ¿Usted conoce el significado de NANDA, NIC, NOC, SOAPIE?	SI	NO	
7. ¿Usted tiene dificultad para registrar los diagnósticos de enfermería?	SI	NO	

8.- Seleccione el inciso que le parece correcto: EL REGISTRO DE ENFERMERIA ES:

a	Un documento de valor legal
b	Un documento de valor científico
c	Un documento basado en normas de registro
d	Un documento que permite investigación
e	Todos
f	Ninguno

9.- Seleccione el inciso que le parece correcto: Cuáles son las causas para no realizar un buen registro de enfermería porque:

a	Exceso de trabajo
b	Es difícil llenar la hoja hemodinámica
c	Desconoce los diagnósticos de enfermería
d	Falta de una guía para el diagnóstico adecuado
e	Todos
d	Ninguno

10.- Seleccione el inciso que le parece correcto: Los registros de enfermería con el método de S, O. A P.I.E son importantes ¿Por qué?:

a	Son registros científicos completos y correctos
b	Se realiza la valoración según sistemas orgánicos
c	Valora la parte subjetiva y objetiva del diagnóstico de enfermería
d	Todos
e	Ninguno

11.- Podría mencionar ¿Qué significa S.O.A.P.I.E.?

S	
O	
A	
P	
I	
E	

12.- Podría mencionar las etapas del Proceso Enfermero

a	
b	
c	
d	
e	

Gracias por su colaboración.

ANEXO 3 REVISIÓN DOCUMENTAL

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
CARRERA DE ENFERMERIA
INSTRUMENTO DE OBSERVACION O CHEQUEO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA
INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

FECHA.....

Nº	PROCEDIMIENTO	Si cumple	No cumple	Cumplimiento mínimo	observaciones
1.-	Membrete a con los datos del paciente. Y historia clínica				
2.-	Registra la fecha, hora, año y diagnóstico de ingreso del paciente				
3.-	Realiza el registro sin borrones, sin corrector y con limpieza				
4.-	Registra los datos subjetivos del paciente				
5.-	Registra datos objetivos siguientes:				
	a) Valoración de signos vitales				
	b) Valoración de piel y mucosa				
	c) Valoración neurológica				
	d) Valoración cardiovascular				
	e) Valoración respiratorio				
	f) Valoración digestiva				
	g) Valoración renal				
	h) Valoración metabólica				
	i) Valoración nutricional				
	j) Valoración de las extremidades				
	k) Valoración de líneas venosas y arteriales				
	l) Valoración infecciosa				
6.	Utiliza etiqueta de diagnóstico de la NANDA				
7.-	Registra la planificación o objetivo				
8.	Registra las intervenciones de enfermería (NIC)				
9.	Registra la evaluación de los resultados (NOC)				
10.	Menciona procedimientos especiales realizado al paciente durante el turno				
11.	Registra la enfermera con el color del turno designado				
12.	Registra con letra molde o manuscrito sin dificultad para ser leído				
13.	Deja espacios blancos en el registro de enfermería				
14.	Coloca sello y firma de la enfermera que atendió al paciente				

ANEXO 4

Tabla N° 1. Características según años de trabajo y condición laboral U.T.I. del I.N.T. Año 2015

Años de trabajo	Condición laboral	Frecuencia	porcentaje
> a 1 año	contrato	3	20%
1 a 4 años	Contrato	3	20%
5 a 9 años	Contrato	2	13%
10 o más	ítem	7	47%
Total		15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015

Tabla N° 2. Características según conocimiento de las Etapas del Proceso de Enfermería de la U.T.I del I.N.T. Año 2015

Conocimiento de las etapas proceso de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	53%
No	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

Tabla N° 3. Características según conocimiento de NANDA, NIC, NOC Y S.O.A.P.I.E. U.T.I. del I.N.T. Año 2015

Conocimiento de N.N.N Y SOAPIE	Frecuencia	Porcentaje
.Sí	4	27%
No	11	73%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

Tabla N° 4. Características según conocimiento de que es un registro de Enfermería U.T.I. del I.N.T. Año 2015

Conocimiento que es un registro	Frecuencia	Porcentaje
Correcto	7	47%
Incorrecto	8	53%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015

Tabla N° 5. Características según conocimiento de normas de Registro de Enfermería U.T.I. Del I. N.T. Año 2015

Conocimiento De normas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	60%
No	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015

Tabla N° 6. Características según dificultad para registrar los Diagnósticos De Enfermería U.T.I. del I.N.T. Año 2015

Dificultad para registrar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	53%
No	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015

Tabla N° 7. Características según causas para no realizar un buen Registro de Enfermería U.T.I. del I.N.T. Año 2015

Causas para no realizar un buen Registro	Frecuencia	Porcentaje
Exceso de trabajo	12	80%
Es difícil llenar la hoja hemodinámica	1	7%
Desconoce los diagnósticos de enfermería	5	33%
Falta de una guía para el diagnóstico adecuado	14	93%
Todos	0	0%
Ninguno	0	0%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

Tabla N° 8 .Características según forma de Corregir registros de Enfermería U.T.I. del I.N.T.2015

Forma de corregir los registros	Frecuencia	Porcentaje
Lo tacha el error	0	0%
Encierra la palabra y escribe error	0	0%
Utiliza rádex	7	47%
Utiliza goma y borra el error	8	53%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las encuestas 2015.

Tabla Nº 9 .Turno de trabajo - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la UTI del I.N.T. Año 2014

Turno de trabajo	frecuencia	Porcentaje
Mañana	113	34%
Tarde	109	33%
Noche	107	33%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las revisión documental 2014.

Tabla Nº 10. Información recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I .del I.N.T. Año 2014

Observación de registros	Frecuencia	Porcentaje
Enero	25	8%
Febrero	21	6%
Marzo	26	8%
Abril	30	9%
Mayo	30	9%
Junio	21	6%
Julio	30	9%
Agosto	29	9%
Septiembre	35	11%
Octubre	29	9%
Noviembre	28	9%
Diciembre	25	8%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

Tabla Nº 11. Membreteea con los datos del Paciente - Información recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I. del I.N.T. Año 2014

Membretea los datos del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Sí cumple	300	91%
No cumple	24	7%
Cumplimiento mínimo	5	2%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a las revisión documental 2014

Tabla N° 12. Registra Los datos Subjetivos del Paciente - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I .del I.N.T. 2014

Registra datos subjetivos del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Sí cumple	136	41%
No cumple	151	46%
Cumplimiento mínimo	42	13%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base revisión documental 2014.

Tabla N° 13. Registra datos Objetivos del Paciente - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de La U.T.I .del I.N.T. 2014

Registra datos objetivos del paciente	SÍ CUMPLE		NO CUMPLE		CUMPLIMIENTO MÍNIMO	
Valoración de signos vitales	329	100%	0	0%	0	0%
Valoración piel y mucosa	148	45%	131	40%	50	15%
Valoración neurológica	126	38%	145	44%	58	18%
Valoración cardiovascular	136	41%	146	44%	47	14%
Valoración respiratorio	165	50%	116	35%	48	15%
Valoración digestivo	109	33%	130	40%	90	27%
Valoración renal	117	36%	141	43%	71	22%
Valoración metabólico	27	8%	263	80%	39	12%
Valoración nutricional	66	20%	192	58%	71	22%
Valoración de las extremidades	101	31%	169	51%	59	18%
Valoración de líneas venosas y arteriales	130	40%	151	46%	48	15%
Valoración infeccioso	27	8%	263	80%	39	12%

Fuente: Elaboración propia, en base revisión documental 2014.

Tabla N° 14. Utiliza Etiquetas de Diagnóstico de Enfermería NANDA - Información Recogida Por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de U.T.I. del I.N.T. 2014

Utiliza etiquetas de Dx de enfermería	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí cumple	25	8%
No cumple	200	61%
Cumplimiento mínimo	104	32%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base revisión documental 2014

Tabla Nº 15. Registra La Planificación - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I. del I.N.T. 2014

Registra la planificación (NOC).	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí cumple	5	2%
No cumple	220	67%
Cumplimiento mínimo	104	31%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

Tabla Nº 16. Registra Las Intervenciones NIC - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I. del I.N.T.

Registra las intervenciones de enfermería	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí cumple	171	52%
No cumple	110	33%
Cumplimiento mínimo	48	15%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

Tabla Nº 17 .Registra la Evaluación de los Resultados NOC - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I .del I.N.T. 2014

Registra la evaluación (NOC)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí cumple	15	5%
No cumple	226	69%
Cumplimiento mínimo	88	27%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

Tabla Nº 18. Realiza el Registro Sin Borrones, Sin Corrector y con Limpieza - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I .del I.N.T. 2014

Realiza el registro sin borrones	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si cumple	139	42%
No cumple	181	55%
Cumplimiento mínimo	9	3%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a revisión documental 2014.

Tabla Nº 19. Deja Espacios Blancos en el Registro de Enfermera - Información Recogida por El Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I. del I.N.T. 2014

Deja espacios blancos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si cumple	146	44%
No cumple	181	55%
Cumplimiento mínimo	2	1%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

Tabla Nº 20 .Coloca Sello y Firma de la Enfermera que Atendió al Paciente - Información Recogida por el Instrumento de Observación del Registro de Enfermería de la U.T.I .del I.N.T. 2014

Coloca sello y firma	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si cumple	235	71%
No cumple	53	16%
Cumplimiento mínimo	41	12%
Total	329	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a la revisión documental 2014.

ANEXO 5

HOJA HEMODINÁMICA PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA



DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA



INSTITUTO NACIONAL DE TOROS

19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24

18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24

13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24

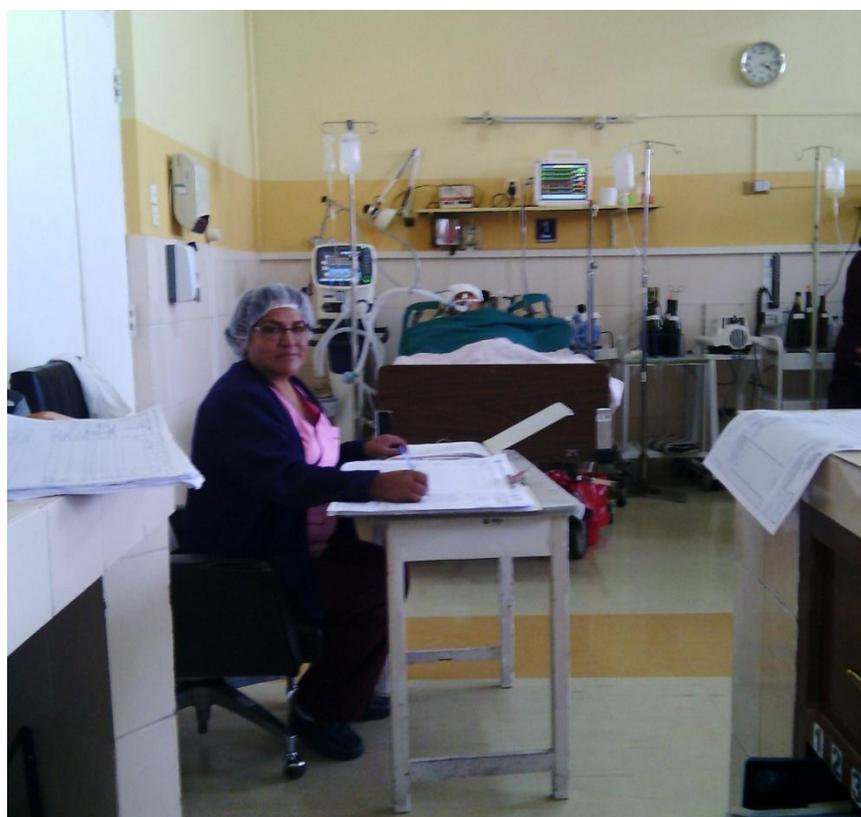
8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24

3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24

AREA	FECHA	HORA	NOMBRE	EDAD	SEXO	HIC	TALLA	PESO IDEAL	SERVICIO DE PROCEDENCIA	DIAGNOSTICOS ACTUALES PRINCIPALES (CIE 10)	MEDICAMENTOS	KARDEX	HORARIO	DIA
M O N I T O R I A C A R D I O L O G I C A	TENSION ARTERIAL NI - INV													
	TENSION ARTERIAL MEDIA													
	FRECUENCIA CARDIACA													
	FRECUENCIA RESPIRATORIA													
	SATURACION PERIFERICA DE O2													
	P/A/Z/DETA PVC													
	TEMPERATURA													
	TEMPERATURA													
	PUPILAS/D/I													
	GLASGOW													
	MODALIDAD DE OXIGENACION													
	POT/PEP													
	VPP													
	DIURESIS HORARIA													
	SODIUMOS													
SODIUMOS														
ASPIRACION TOT /AO														
DRENAJES: a														
b														
c														
d														
OTROS														
TOTAL LIQUIDOS ELIMINADOS														
BALANCE ACUMULATIVO														
TOTAL LIQUIDOS ADMINISTRADOS														
a														
b														
c														
d														
e														
f														
g														
h														
i														
j														
k														
l														
m														
n														
o														
p														
q														
r														
s														
t														
u														
v														
w														
x														
y														
z														
A														
B														
C														
D														
E														
F														
G														
H														
I														
J														
K														
L														
M														
N														
O														
P														
Q														
R														
S														
T														
U														
V														
W														
X														
Y														
Z														
AA														
AB														
AC														
AD														
AE														
AF														
AG														
AH														
AI														
AJ														
AK														
AL														
AM														
AN														
AO														
AP														
AQ														
AR														
AS														
AT														
AU														
AV														
AW														
AX														
AY														
AZ														
BA														
BB														
BC														
BD														
BE														
BF														
BG														
BH														
BI														
BJ														
BK														
BL														
BM														
BN														
BO														
BP														
BQ														
BR														
BS														
BT														
BU														
BV														
BW														
BX														
BY														
BZ														
CA														
CB														
CC														
CD														
CE														
CF														
CG														
CH														
CI														
CJ														
CK														
CL														
CM														
CN														
CO														
CP														
CQ														
CR														
CS														
CT														
CU														
CV														
CW														
CX														
CY														
CZ														
DA														
DB														
DC														
DD														
DE														
DF														
DG														
DH														
DI														
DJ														
DK														
DL														
DM														
DN														
DO														
DP														
DQ														
DR														
DS														
DT														
DU														
DV														
DW														
DX														
DY														
DZ														
EA														
EB														
EC														
ED														
EE														
EF														
EG														
EH														
EI														
EJ														
EK														
EL														
EM														
EN														
EO														
EP														
EQ														
ER														
ES														
ET														
EU														
EV														
EW														
EX														
EY														
EZ														
FA														
FB														
FC														
FD														
FE														
FF														
FG														
FH														
FI														
FJ														
FK														
FL														
FM														
FN														
FO														
FP														
FQ														
FR														
FS														
FT														
FU														
FV														
FW														
FX														
FY														
FZ														
GA														
GB														
GC														
GD														
GE														
GF														
GG														
GH														
GI														
GJ														
GK														
GL														
GM														
GN														
GO														
GP														
GQ														
GR														
GS														
GT														
GU														
GV														
GW														
GX														
GY														
GZ														
HA														
HB														
HC														
HD														
HE														
HF														
HG														
HH														
HI														
HJ														
HK														
HL														
HM														
HN														
HO														
HP														
HQ														
HR														
HS														
HT														
HU														
HV														
HW														
HX														
HY														
HZ														
IA														
IB														
IC														
ID														
IE														
IF														
IG														
IH														
II														
IJ														
IK														
IL														
IM														
IN														
IO														
IP														
IQ														
IR														
IS														
IT														
IU														
IV														
IW														
IX														
IY														
IZ														
JA														
JB														
JC														
JD														
JE														
JF														
JG														
JH														
JI														
JJ														
JK														
JL														
JM														
JN														
JO														
JP														
JQ														
JR														
JS														
JT														
JU														
JV														
JW														
JX														
JY														
JZ														
KA														
KB														
KC														
KD														
KE														
KF														
KG														
KH														
KI														
KJ														
KK														
KL														
KM														
KN														
KO														
KP														
KQ														
KR														
KS														
KT														
KU														
KV														
KW														
KX														
KY														
KZ														
LA														
LB														
LC														
LD														
LE														
LF														
LG														
LH														
LI														
LJ														
LK														
LL														
LM														
LN														
LO														
LP														
LQ														
LR														
LS														
LT														
LU														
LV														
LW														
LX														
LY														
LZ														
MA														
MB														
MC														
MD														
ME														
MF														
MG														
MH														
MI														
MJ														
MK														
ML														
MM														
MN														
MO														
MP														
MQ														
MR														
MS														
MT														
MU														
MV														
MW														
MX														
MY														
MZ														
NA														
NB														
NC														
ND														
NE														
NF														
NG														
NH														
NI														
NJ														
NK														
NL														
NM														
NN														
NO														
NP														
NQ														
NR														
NS														
NT														
NU														
NV														
NW														
NX														
NY														
NZ														
OA														
OB														
OC														
OD														
OE														
OF														
OG														
OH														
OI														
OJ														
OK														
OL														
OM														
ON														
OO														
OP														
OQ														
OR														
OS														
OT														
OU														
OV														
OW														
OX														
OY														
OZ														
PA														
PB														
PC														
PD														
PE														
PF														
PG														
PH														
PI														
PJ														
PK														
PL														
PM														
PN														
PO														
PP														
PQ														
PR														
PS														
PT														
PU														
PV														
PW														
PX														
PY														
PZ														
QA														
QB														
QC														
QD														
QE														
QF														
QG														
QH														
QI														
QJ														
QK														
QL														
QM														
QN														
QO														
QP														
QQ														
QR														
QS														
QT														
QU														
QV														
QW														
QX														
QY														
QZ														
RA														
RB														
RC														
RD														
RE														
RF														
RG														
RH														
RI														
RJ														
RK														
RL														
RM														
RN														
RO														
RP														
RQ														
RR														
RS														
RT														
RU														
RV														
RW														
RX														
RY														
RZ														
SA														
SB														
SC														
SD														
SE														
SF														
SG														
SH														
SI														
SJ														
SK														
SL														
SM														
SN														
SO														
SP														
SQ														
SR														
SS														
ST														
SU														
SV														
SW														
SX														
SY														
SZ														
TA														
TB														
TC														
TD														
TE														
TF														
TG														
TH														
TI														
TJ														
TK														
TL														
TM														
TN														
TO														
TP														
TQ														
TR														
TS														
TT														
TU														
TV														
TW														
TX														
TY														
TZ														
UA														
UB														
UC														
UD														
UE														
UF														
UG														
UH														
UI														
UJ														
UK														
UL														
UM														
UN														
UO														
UP														
UQ														
UR														
US														
UT														
UU														
UV														
UW														
UX														
UY														
UZ														
VA														

ANEXO 6
MATERIAL FOTOGRÁFICO



**SALA DE TERAPIA INTENSIVA DEL I.N.T.
PERSONAL DE ENFERMERIA**



