

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA
NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ESTANDARIZACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
CON LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
La Paz 2014**

Por:

AUTOR: LIC. ROSSMERY PILAR ATAHUACHI ADUVIRI

TUTOR: M.Sc. EDITH MENDOZA LOZA

Tesis presentada a consideración de la Universidad Mayor de San Andrés, como requisito para la obtención del título de Master en Enfermería Medicina Crítica y Terapia Intensiva

La Paz – Bolivia

Agosto 2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme guiado en todo momento y lograr la conclusión del estudio

A mis padres Florencio y Emilia, gracias por ser ejemplo de arduo trabajo y tenaz lucha en la vida que me enseñaron a tener todo el valor y toda la fuerza de un solo abrazo.

A mis hermanos Yeny, Luis, Rodrigo por sus consejos.

A mi querido Esposo Guido por la paciencia, quien con su respaldo y ayuda contribuyó en la realización de este trabajo.

Agradecer a la Lic. Edith Mendoza por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar la tesis

Al hospital seguro Social Universitario por la apertura brindada, en reforzar los conocimientos, y en especial la facilitación de información para el trabajo investigado.

A mis compañeras de la Unidad de neonatología que hicieron posible que se desarrolle esta trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, verdadera fuente de afecto y conocimiento.

A mí padres, Florencio y Emilia porque me enseñaron que durante el camino hacia el logro se precisa de fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para dominar, miedos.

A mis queridos hermanos por el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.

A mi querido esposo Guido por el incondicional apoyo, tanto al inicio como al final de la tesis; por estar pendiente de mí a cada momento y a mis hijos Carlos Andrés, María René, Moira Azucena por su compañía cada día dedicando sus sonrisas de ánimo,

A mis compañeras de trabajo porque a lo largo de este estudio aprendí que nuestras diferencias se convierten en riqueza cuando existe respeto y verdadera amistad.

RESUMEN

El uso de las taxonomías NANDA NIC NOC como lenguaje estandarizado permite al profesional de Enfermería una mejor descripción del Proceso Enfermero, contribuyen a la valoración integral y a enfocar cada una de las acciones de cuidado hacia los problemas del paciente neonato.

El presente estudio se realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Seguro Social Universitario La Paz Bolivia con el objetivo de estandarizar los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NIC NOC en los registros de enfermería.

La metodología, es de tipo descriptivo, con un enfoque cuantitativo, retrospectivo y analítico.

El universo está conformado por 781 diagnósticos de enfermería y la muestra por 78 diagnósticos de enfermería, realizados durante el segundo semestre de Junio a Diciembre del 2014; para la técnica de recolección de datos, se aplicó una base de datos simple elaborada por la investigadora, con 15 ítems con un valor ya determinado. Los resultados exponen que el 81% No cumple con la expresión de la taxonomía NANDA, en cuanto a las intervenciones NIC el 45% No Cumple y en relación con los resultados NOC el 28% No cumple con los diagnósticos de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Diagnostico de enfermería neonatal, taxonomía NANDA NIC NOC, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

	INDICE	PAG.
I	Introducción	1

II	Antecedentes	3
III	Planteamiento del problema	14
IV	Justificativo	15
V	Objetivos	17
	5.1 Objetivo general	17
	5.2 Objetivo específico	17
	5.3 Listado de variables	18
	5.4 Definición operacional de variables	18
VI	Marco teórico	22
VII	Control semántico	51
VIII	Diseño metodológico	53
	8.1 Tipo de estudio	53
	8.2 Diseño de investigación	53
	8.3 métodos de investigación	54
	8.4 Universo y muestra	55
	8.5 Área de estudio	56
	8.6 Criterios de inclusión e exclusión	56
	8.7 Fuente técnica e instrumentos	57
	8.8 Procesamiento de datos	57
	8.9 Procedimiento de la información	57
	8.10 Análisis y discusión	58
IX	Aspectos éticos	59
X	Análisis y resultados	60
XI	Propuesta para la consolidación del trabajo	76
XII	Conclusiones	77
XIII	Recomendaciones	78
IX	BIBLIOGRAFIA	79
X	ANEXOS	86

I. INTRODUCCIÓN

Los diagnósticos de enfermería, y las taxonomías, forman la base esencial, como estrategia metodológica y lenguajes estandarizados, que posibilita brindar un cuidado científico y humanitario, se asientan en la interacción humana y los elementos de la filosofía de enfermería, cuyo fin es la transformación participativa y recíproca de los ejecutantes del cuidado en el tiempo de satisfacción, de las necesidades del paciente; los cuales, están dentro del proceso de enfermería; miden, los conceptos que representan, los fenómenos del cuidado enfermero, que establecen el tratamiento a seguir y que a la vez permite conocer los componentes de la estructura ordenada del conocimiento para orientar el objeto de estudio y promover el avance disciplinario

El uso de las taxonomías NANDA NIC NOC como lenguaje estandarizado permite al profesional de enfermería una mejor descripción del Proceso Enfermero, contribuye a la valoración integral y a enfocar cada una de las acciones de cuidado hacia los reales problemas del paciente, para posteriormente ser evaluadas cada una de las acciones; estas terminologías estandarizadas del cuidado fueron desarrolladas para aumentar la eficacia de los cuidados de enfermería, así como la visibilidad del cuidado a través de la documentación de la información confiable en los registros de enfermería

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) introdujo la primera clasificación de diagnóstico en 1973 y reconoce como pionera los trabajos de Gordon en 1988 quien define a los diagnósticos de enfermería como "juicios clínicos sobre individuo, la familia, o respuestas de la comunidad hacia procesos reales o potenciales de la salud. Los diagnósticos de enfermería facilitan la base para la selección de las intervenciones de la enfermería para alcanzar los resultados de los cuales la enfermera es responsable.

El presente trabajo tiene el propósito de estandarizar los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA en la unidad de cuidado intensivo neonatal, mediante la revisión de los registros de enfermería neonatal.

El registro de Enfermería empleado en nuestro centro es un registro clínico orientado a problemas, SOAPIE el cual exige que todos los miembros del equipo de salud utilicen este método de anotación.

Para elaborar los diagnósticos de enfermería la enfermera parte de los datos subjetivos y objetivos, elabora el diagnóstico de enfermería sin la ayuda de una guía de diagnósticos, planifica, interviene y evalúa al finalizar el turno.

La enfermera, es responsable de la identificación de las respuestas humanas, por ello conocer los diagnósticos de enfermería que cumplen con la taxonomía NANDA NIC NOC, tiene como fin facilitar la priorización del proceso enfermero.

II. ANTECEDENTES

2.1. antecedentes históricos

La disciplina profesional de enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas en el que la guerra era un común denominador en los países

Europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida, con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería, esta mujer nació el 12 de mayo de 1820 y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería.

Desde allí, empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el Cuidado de la experiencia de la Salud Humana; es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de enfermería, a través de la valoración del lesionado en combate, empleando la observación y la detección de problemas para brindar cuidado; luego esta metodología va evolucionando y en los años 70 se adiciona al proceso la etapa diagnóstica con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud para enfermería y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación; bajo esta perspectiva, podría decirse que el Proceso de Enfermería, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus

investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería.¹ De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez que las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería; años más tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente, posteriormente en el año 1960 en Estados Unidos hay debate sobre el uso del término diagnóstico de enfermería.

Paralelamente se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema que fundamentaron e impulsaron la expansión de los diagnósticos de enfermería y en el año 1970 se ofreció a las enfermeras de Norteamérica la oportunidad de colaborar en un proyecto en el cual se intentaba demostrar las ventajas del trabajo en equipo para el cuidado de los enfermos.

Para participar había que satisfacer dos requerimientos: los datos obtenidos tenían que ser codificados, los miembros de cada disciplina debían proporcionar cuidados que no fueran ya brindados por otros miembros del equipo de salud. No pudieron cumplirlo y fueron a buscar ayuda a la escuela de enfermería de San Luis Missouri, su petición inició el proceso. Sin embargo desde 1973 año en que se convocó la primera reunión del grupo nacional para la Clasificación de los diagnósticos de enfermería hasta el presente.

¹ Arribas cacha A. ET AL “estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación 2009-2011” departamento de metodología e innovación del cuidado (FUDEN) C/ veneras, 9-2da edición 28013 Madrid visitado el 22/10/2014 disponible en: ome.fuden.es/...Estudio_descriptivo_analitico_diagnosticos_09_11.p...

En 1975 se desarrolló la segunda conferencia nacional y en 1977 se desarrolla la tercera conferencia nacional donde invitaron a 14 teóricas presidido por Sor Callista Roy para comenzar a trabajar sobre la base conceptual del esquema de clasificación pidiéndole que desarrollara una estructura taxonómica útil y manejable.

En 1979-1980 se efectuó la cuarta conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la quinta conferencia Nacional, se presenta los resultados del trabajo del equipo de las catorce teóricas. Que son los nueve patrones del hombre unitario, aunque surgieron en el año 1978 se forma un grupo encargado de la taxonomía presidido por Kritek, en esta conferencia nacional se aprobó una propuesta del comité especial de concentrar los esfuerzos en una organización más formal. El grupo es denominado actualmente Asociación Americana de Diagnósticos de enfermería (North American Nursing Diagnosis Association).

Marjory Gordon en 1982 identifica los patrones funcionales de salud, que son la expresión de la integración bio-psicosocial del individuo, la familia y la comunidad.

Lo constituyen 11 aspectos: percepción/ manejo de salud, metabolismo/nutricional, ejercicio/ actividad, eliminación, descanso/ sueño, autopercepción, cognoscitivo perceptual, relación/rol, sexual reproductivo, tolerancia al estrés, valor creencia e integra la taxonomía I.

En la séptima conferencia nacional de la NANDA efectuada en el año 1986. Se introduce el término de patrones de respuesta Humana (PRH) para reemplazar la denominación menos familiar del hombre unitario. Se aprueba la taxonomía I de la NANDA (los diagnósticos de enfermería incluidos en los nueve patrones: Intercambio, comunicación, relación, valoración, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimiento).

En 1988 se realiza la Octava conferencia se presenta la taxonomía a la OMS con la intención de incluir los Diagnósticos de Enfermería en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La OMS no los acepta y recomienda incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la Taxonomía Diagnóstica Enfermera a Nivel Internacional, en 1990 se realiza la novena conferencia aparecen problemas al intentar clasificar nuevos diagnósticos, en vista de ello se decide crear una nueva estructura taxonómica, se empieza a gestar taxonomía II de la NANDA y en el año 1994 se efectúa la décimo primera conferencia donde se identifica la permanente colaboración entre NANDA, ANA (asociación americana de enfermeras) y el CIE (consejo internacional de enfermeras) y se realiza la clasificación en base a los patrones funcionales de salud. Estos patrones pasan a dominarse Dominios (taxonomía II).

Después de la conferencia bianual de 1994 se presentaron muchas dificultades para clasificar los nuevos diagnósticos admitidos en la taxonomía I revisada por lo que se hacía necesario desarrollar una nueva estructura taxonómica.

Tras una serie de reuniones y discusiones de diversas propuestas presentadas, se optó después de solicitar el permiso de la Dra. Gordon, por sus patrones funcionales de salud como base de la nueva estructura. Estos patrones que pasaron a llamarse dominios, sufriendo varias modificaciones.²

La taxonomía II de la NANDA presenta 13 dominios, 46 clases, 168 diagnósticos enfermeros se identifica con un código de cinco dígitos ³ En 1996 en la décima segunda conferencia aparece sistemas de clasificación: N.I.C.: Sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería; para cada diagnóstico de

² T. heather, Gunn Von Krogh “ la taxonomía II de la NANDA internacional 2012-2014 capítulo 1 visitado el 22/10/2014 disponible en media.axon.es/pdf/92858.pdf

³ Rivera Romero. “revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009- 2011, revista científica de enfermería, mayo 2013 núm. 6 visitado el 22/10/2014 disponible en: www.recien.scele.org/.../revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf

enfermería plantea actividades, propone más de 300 tipos de actividades y el N.O.C.: que es el Sistema de clasificación de resultados.

En 1996, en España aparece AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura Taxonomía y diagnóstico de enfermería), es una sociedad científica española, que se dio a conocer en el I Simposium Internacional de diagnóstico de Enfermería, celebrado en Barcelona en mayo de 1996, con la ayuda de agrupar a todos los enfermeros españoles interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común.

En 2002 NANDA se convierte en NANDA INTERNACIONAL, a lo largo de estos años se han ido desarrollando, aprobando e incluyendo diagnósticos de Enfermería en la taxonomía II NANDA y En la Décima octava conferencia de la NANDA se celebró los días 13 a15 de Noviembre de 2008 en Miami. Florida, EEUU y la décima novena conferencia en el año 2010 se celebró en Madrid, conferencia conjunta con NANDA – AENTDE.

La taxonomía II de la NANDA tiene un diseño multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite, por una parte, hacer adiciones y modificaciones y por otra, facilitar la inclusión en los sistemas informáticos. El trabajo de la NANDA se publica cada año, en la edición 2008-2010, cuenta con trece dominios, 47 clases y 188 diagnósticos y en el 2010-2012, permanecen los 13 dominios y 47 clases, se establecen 206 diagnósticos enfermeros (18 de nueva creación y eliminación de 8 diagnósticos). En la edición 2012-2014 se incorporan 16 nuevos diagnósticos y en la actualidad el ultimo diagnostico aprobado por la NANDA tiene el código 00230, sin embargo en la taxonomía hay un total de 216 diagnósticos activos.⁴

⁴ Anierte Hernández Nicanor “ desarrollo y evolución NANDA, etiquetas diagnosticas NANDA” Modificado el 13 de enero del 2013 visitado el 22/10/2014 disponible en : ww.aniorte-nic.net/progr_asignat_enfermr.htm

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), proyectada para otorgar cuidados exclusivos a los recién nacidos que necesitan ayuda, para realizar sus funciones esenciales. En esta unidad el personal de enfermería especializada en neonatología dispone de infraestructura adecuada para la atención de los neonatos que nacen antes de terminar la gestación completa o que tienen problemas de salud distintos de los que se dan al resto de los recién nacidos. Estos son ingresados en esta unidad desde las primeras 24 horas inmediatamente después de su nacimiento.

2.2. Antecedentes previos al estudio

A nivel Internacional:

En el estudio realizado por Amalia de Fátima Lucena "Intervenciones de enfermería utilizadas en la práctica clínica de la unidad de terapia intensiva del hospital de clínicas de porto alegre en un estudio descriptivo transversal los datos fueron recolectados retrospectivamente , la muestra consta de 991 internaciones de pacientes donde identifican 57 intervenciones NIC utilizadas en la unidad de terapia intensiva de los cuales el 42% corresponde al dominio fisiológico complejo el 37% al dominio fisiológico básico en las clases de control respiratorio y facilitación de autocuidado. El 97.2% de los casos se encontraron similares las prescripciones de enfermería de la unidad y las intervenciones NIC. Se concluye que las intervenciones NIC utilizadas en la práctica clínica de la unidad de terapia intensiva reflejan el nivel de complejidad de cuidado de enfermería en esta unidad, destinándose principalmente a regular el funcionamiento físico y homeostático del organismo.⁵

El estudio realizado por Rodríguez Quecho, M. ET AL "prevalencia de los diagnósticos de enfermería en niños que reciben tratamiento oncológico" realizan un estudio de corte transversal, por medio de una entrevista, valoración y aplicación de un formato que permitió establecer los diagnósticos de enfermería presentes en niños en dos instituciones de salud de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, se valoraron 43 niños; 20 niños (46,51%) y 23 niñas (53,49) de edades

entre los 5 a 13 años, donde los diagnósticos de enfermería más prevalentes fueron: protección inefectiva, riesgo de infección, riesgo de lesión, náusea y trastorno de la imagen corporal. Los diagnósticos de mayor prevalencia están relacionados a efectos del tratamiento oncológico ⁵

En otro estudio realizado por De Souza Santos Ana Paula y ET AL “ diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una unidad de terapia Intensiva neonatal “utiliza el método transversal y cuantitativo realizado en la UTI neonatal de la maternidad escuela Januario Cicco, institución de referencia estatal en la asistencia materno infantil de alto riesgo, la muestra constituye 41 neonatos con intervalo de confianza de 95% y margen de error del 5% donde concluye el predominio de cinco diagnósticos de enfermería en recién nacidos con sepsis neonatal distribuidos en los dominios seguridad, protección, nutrición, eliminación e intercambio: riesgo de choque, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos; motilidad gastrointestinal disfuncional, ictericia neonatal e intercambio de gases perjudicado ⁶

En el estudio realizado por Domingo Pozo Manuela, Alicante España, Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero, utilizo el método cuantitativo , cualitativo retrospectivo en dos fases descriptiva y analítica donde analiza 401 hojas de enfermería y establece que las acciones más utilizadas de 5589 categorías son: Control de constantes vitales , administración y preparación de medicación, bienestar general, pruebas diagnósticas, cuidados relacionados con la alimentación, expresiones de motivo de ingreso, dolor y analgesia, consultas a otros profesionales y control de catéteres; se utilizan 33 etiquetas de 656

⁵ Rodríguez Q. ET AL Prevalencia de los diagnósticos de enfermería en niños que reciben tratamiento oncológico, Rev. Enfermería Global E.G. (internet), julio 2012, vol., 11 núm. 3, visitado el 1 de Noviembre del 2014, disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.146821>

⁶ Souza S, Ana P. ET AL, Diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una unidad de terapia intensiva neonatal, Rev. Latino Am. Enfermagem [Internet], marzo-abril 2014 vol. 22 cap. 2, pag.255-261, visitado el 11 de Noviembre del 2014, disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00255.pdf

expresiones pre diagnosticadas las más frecuentes son: Riesgo de infección con el 26,07%, dolor agudo con el 19,97% y deterioro de la integridad cutánea/ tisular con el 13,11%.⁷

Otro estudio realizado por Quispe Aduviri Carmen, Tacna – Perú “ 2012 aplicación del proceso de atención de Enfermería en centros de salud Micro red Metropolitana método cuantitativo de nivel relacional, tipo cuasi experimental, retrospectivo, transversal y analítico concluye que existe relación entre la aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería que de 42 profesionales de enfermería un 16.7% aplica óptimamente el proceso de atención de enfermería frente a un 31% que presenta notas de enfermería de buena calidad , en un 47% aplica regularmente el proceso de atención de enfermería frente a un 47,6% que presenta notas de enfermería de regular calidad y un 35.7% el proceso de atención de enfermería es deficiente frente a un 21.4% que presenta notas de enfermería de mala calidad, entonces recomienda que las jefaturas de enfermería de salud formulen y/o elaboren estrategias basadas en un programa de educación permanente dirigida a las profesionales de enfermería para fortalecer sus conocimientos ⁸

En el estudio realizado por Peralta Ugarte Julio en su trabajo enunciados diagnósticos más frecuentes que cumplen con la taxonomía II NANDA registrado en el servicio de medicina del hospital nacional Arzobispo Loayza estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra estaba conformada por 424 diagnósticos de enfermería de Julio a Septiembre del 2011, donde se identifica que del total de diagnósticos enfermeros evaluados y registrados se aprobaron

⁷ Domingo Pozo, Manuela, ET AL “Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero” Enfermería clínica,[internet] Vol. 15 , N.5 publicado el 2005 visitado el 26 de Julio del 2014 Pagina Web rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2693/1/Originales%201478.pdf

⁸Quispe Aduviri, Carmen “Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud Microred metropolitana Tacna escuela académico profesional de Enfermería Tacna Perú 2012 visitado el 26/07/2014 disponible en: tesis.unjbg.edu.pe:8080/.../100_2013Quispe_Aduvire_C_FACS_Enfer...

solo 143 (33,7%) porque cumplían con las tres dimensiones según la taxonomía II de NANDA, siendo la más frecuente dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico debido a que los pacientes padecen enfermedades crónicas; se evidencia el dolor como un síntoma común a lo largo del proceso de su enfermedad⁹

El estudio realizado por Chaparro L., Bogotá Colombia “Registros de personal de enfermería como evidencia en la continuidad del cuidado en febrero del 2003 utilizó el método descriptivo exploratorio transversal, donde demuestra en 124 historias clínicas hay escasas de aplicación del proceso de enfermería y ausencia de los formatos de registro el cual no permite dar continuidad al trabajo y poca pertenencia en los registros.¹⁰

Otro estudio realizado por Sandra Morales “Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de cuidados intensivos- hospital regional Moquegua-año 2011 donde el tipo de estudio es descriptivo y explicativo porque describió los datos obtenidos de la población estudiada, que estaba conformada por 64 historias clínicas exclusivamente de las anotaciones de enfermería realizada en los pacientes internados en los tres turnos, donde demuestra que las notas de enfermería en un 54,7% son de regular calidad y no consideran el Proceso enfermero en un 96% y recomienda elaborar estrategias basadas en un programa de educación permanente dirigida a los profesionales de enfermería.¹¹

⁹Peralta Ugarte, Julio ET AL “Enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes que cumplen con la taxonomía II en el servicio de medicina del Hospital nacional Arzobispo Loayza” Artículo original visitado el 28/07/2014, disponible en :www.upch.edu.pe/faenf/images/.../03%20taxonomia%20ii%20nanda.pdf

¹⁰Chaparro D. L., García U. C., Registros de los profesionales de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, revista de Enfermería, en Colombia,2003, vol. 6 cap. 4,pag. 16-21,;en línea: visitado el 20/06/2014 disponible en : <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-64/enfermeria6403-registros>

¹¹ Morales L. S. “Calidad de las notas enfermería en la unidad de Cuidados intensivos Hospital regional Moquegua, año 2011 Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann- Tacna, Tacna Perú , 2012 pag.6-103, : visitado el 18/06/2014 disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/147>

En otro estudio efectuado por De Oliveira salgado Patricia "identificación y mapeo de los diagnósticos y acciones de enfermería en unidad de terapia intensiva, estudio descriptivo con el objetivo de analizar 44 fichas de los cuales identifican 1087 diagnósticos y 2260 acciones de enfermería. Entre los 28 títulos de diagnósticos mapeados el 89 % corresponde a las necesidades biopsicosociales y el 11% a las necesidades psicosociales ¹²

A nivel Nacional.

Martínez Scarley en el estudio "valoración de cuidados de enfermería a pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en el Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga" se plantea como objetivo valorar los cuidados de enfermería prestados a pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, a través de un abordaje cualicuantitativo de corte transversal con un muestreo de la totalidad de 12 profesionales de enfermería, utilizan como instrumento, guías de entrevista y formularios de contrastación de información, los resultados muestran la inexistencia de instrumentos propios de la profesión de enfermería para el cuidado de pacientes durante el procedimiento que se presta y por ende la insatisfacción por esta carencia tanto en el recurso profesional como en los beneficiarios¹³

Granero Molina José ET AL en el estudio "Proceso de Enfermería:¿Qué significa para las enfermeras de Santa Cruz- Bolivia?,2012 el objetivo de este estudio es comprender el significado atribuido al proceso de atención de enfermería por parte de enfermeras docentes (UAGRM) y asistenciales (cuatro centros hospitalarios y de salud) de santa Cruz de la Sierra(Bolivia), muestreo de 12 enfermeras, bajo un

¹² De Oliveira S.P. "identificación y mapeo de los diagnósticos y acciones de enfermería en una unidad de terapia intensiva, revista latino-Am. Enfermagem, vol.19 núm. 4 Ribeirao preto Brasil agosto del 2011 : en línea: visitado el 22/10/2014 disponible en> www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400011

¹³ MARTINEZ Scarley + , SANTOS María Esther "valoración de cuidados de enfermería a pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en el Instituto de cancerología Cupertino Arteaga, Sucre 2011, Revista Ciencia, Tecnología e innovación, Junio 2013,Universidad san francisco Xavier, Volumen 6, numero 7pag. 407-414, visitado el 10/10/2015, disponible en :www.usfx/dicyt/images/stories/revista67/vol6_nro7_art1.pdf

estudio cualitativo pretenden comprender el significado atribuido al proceso enfermero, llegando a concluir que las enfermeras bolivianas no han incorporado definitivamente el método científico y las taxonomías a los cuidados, hay carencia de registros, escaso apoyo institucional.¹⁴

Meneces, Pamela en el estudio "Calidad del registro de enfermería S.O.A.P.I.E." en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital seguro Social Universitario La Paz – Gestión 2012, donde tiene como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E, muestreo de 65 registros de enfermería, método descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, donde concluyen que los registros de Enfermería SOAPIE no cumplen las normas.¹⁵

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EL adelanto de nuestra profesión, utilizando lenguajes estandarizados como es la taxonomía NANDA, NIC NOC unificando criterios, mejora la eficacia y la eficiencia de nuestro trabajo. La NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION NANDA es la institución oficial que asumió la responsabilidad de desarrollar una taxonomía para los diagnósticos enfermeros con la finalidad de proporcionar, la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos.

Sin embargo, en la unidad de cuidado intensivo neonatal, a pesar de que se cuenta con un sistema de registro SOAPIE orientado al problema, paralelo al proceso de enfermería en donde se plasma todo lo que acontece con el paciente; en los diferentes turnos, en ocasiones, las actividades derivadas de nuestro rol

¹⁴ GRANERO, Molina José ET AL "Proceso de enfermería: ¿Qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? Scielo, Rev.Esc.Enferm.USP2012, pág. 973-979, visitado el 10/10/2015, (en línea) disponible en :www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/27.pdf

¹⁵ MENECEs, Pamela "Calidad de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E." Universidad mayor de San Andrés Pág. 43-45 La Paz Bolivia año 2013

de enfermera no siempre quedan registradas en la historia clínica, y no llegan a cumplir los requisitos que nos exige el lenguaje estandarizado.

Las dificultades que se tiene en los registros de enfermería están relacionadas a menudo, a que no se cuenta, con un documento guía propia de la unidad de neonatología y del hospital basada en la taxonomía NANDA NIC NOC

Por lo mencionado del estudio, permite garantizar, a través del manejo de los diagnósticos de enfermería, los resultados y las intervenciones, una atención integral y oportuna que eleve la calidad de vida de los pacientes neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Será necesario estandarizar los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NIC NOC en los registros de enfermería de la unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Seguro Social Universitario La Paz de Junio a Diciembre del año 2014?

IV. JUSTIFICACION

El registro de enfermería es una de las etapas más importantes del proceso enfermero, donde la enfermera registra todo lo inherente en relación al cuidado del paciente, utilizando las taxonomías, es guía importante en el cuidado que brinda la enfermera a todo neonato en estado crítico que refuerza las habilidades y aspectos socio humanos.

Para, nuestra profesión, el estudio, en el uso de las taxonomías nos permite la investigación y el desarrollo de las bases teóricas favoreciendo efectividad a la práctica, logrando el progreso de nuestra profesión, ampliando los conocimientos, demuestra de forma concreta, el ámbito de la práctica enfermera, facilita un método organizado para asignar cuidados de enfermería, centrado en nuestro campo de actuación.

En nuestra experiencia habitual, desarrolla la satisfacción laboral, promueve un mejor proceso de la relación enfermera–paciente, profundiza las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales e ,intrapersonales obteniendo resultados medibles, involucrándose en las cinco fases del proceso, promoviendo la continuidad de los cuidados, mejorando la calidad y favoreciendo a que los cuidados sean personalizados.

Para nuestro equipo, facilita a que haya una mayor coordinación interdisciplinaria al utilizar el proceso enfermero en la población neonatal para identificar y reducir los riesgos; este método de trabajo como requisito en enfermería, mejora a la accesibilidad a los diagnósticos NANDA, intervenciones de enfermería, aumentando la capacidad para el autocuidado y su autonomía, de una manera didáctica y de fácil manejo

Con el presente estudio se pretende contribuir a fortalecer y desarrollar un lenguaje estandarizado de la práctica diagnóstica, a través de la identificación de debilidades que se evidencian dando mayor contenido en el conocimiento científico en la toma de decisiones y el desarrollo de la profesión de acuerdo con la priorización de los Diagnósticos NANDA

V. OBJETIVOS.

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Estandarizar los Diagnósticos de Enfermería con la taxonomía NANDA NIC NOC en los registros de enfermería de la unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Seguro Social Universitario La Paz Junio a Diciembre del año 2014?

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar si los diagnósticos de enfermería cumplen con la taxonomía NANDA NIC NOC en los registros de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
- Identificar si en la unidad de cuidados intensivos cuentan con una guía de Diagnósticos de Enfermería basadas en la taxonomía NANDA NIC NOC.
- Elaborar una guía de la taxonomía NANDA NIC NOC aplicable a la Unidad de cuidado intensivo neonatal.

5.3. LISTADO DE VARIABLES

- Diagnóstico de enfermería
- Taxonomía NANDA
- Etiqueta diagnóstica
- Factores relacionados
- Características definitorias
- Estados del diagnóstico
- Intervenciones NIC
- Etiquetas NIC
- Conjunto de actividades
- Intervenciones directas
- Intervenciones indirectas
- Resultados NOC

5.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

5.4.1. Variables dependientes

a) Definición conceptual de variables

❖ Diagnóstico de enfermería

Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales

❖ Taxonomía NANDA

Los componentes de los diagnósticos de la NANDA-I se conocen ahora como los factores relacionados y características definitorias, y por lo tanto la expresión "formato PSE" no se utiliza en los libros actuales de NANDA-I.

❖ Etiqueta diagnóstica

Proporciona un nombre para el diagnóstico. Es un término conciso o frase que representa un patrón de clave relacionada

❖ **Factores relacionados**

Situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema

❖ **Características definitorias**

O evidencias clínicas empíricas que se pueden observar y medir. Representan las respuestas humanas manifestadas por signos o síntomas.

❖ **Estados del diagnóstico**

Los diagnósticos pueden ser reales, de riesgo o de promoción de salud y síndrome

❖ **Intervenciones NIC**

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. Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

❖ **Etiquetas NIC**

Describe de forma clara y concisa el concepto y el nombre del tratamiento administrado por la enfermera

❖ **Conjunto de actividades NIC**

El profesional de enfermería selecciona para llevar a cabo la intervención. Para cada intervención aparecen listadas en el orden lógico en que deberían realizarse

❖ **Intervenciones directas**

Es un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales

❖ **Intervenciones indirectas**

Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o un grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que

rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

❖ **Resultados NOC**

Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención enfermera

PARAMETROS PARA MEDIR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON LA TAXONOMIA NANDA

INDICADOR	
CUMPLE	51% - 100%
NO CUMPLE	1% - 50%

FUENTE: Atahuachi R. Cumplimiento de los diagnósticos de enfermería

5.4.2. Definición y Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	OPERALIZACION		INSTRUMENTO	INDICADOR
		ESCALA	DEFINICION		
Diagnosticos de enfermería	cualitativo nominal	Cumple >51% no cumple < 50%	Según la información que se recoge de los registros de Enfermería de la historia clínica neonatal	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Taxonomía NANDA	cualitativo nominal	Cumple >51% no cumple < 50%	La información que recoge de las registros de enfermería cumple con la NANDA	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Etiqueta diagnostica	cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según el registro que se recoge de los diagnósticos de enfermería de los registros de la historia clínica neonatal	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Factores relacionados	cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según la información que se obtiene de los diagnósticos de enfermería	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Características definitorias	Cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según la información que se recoge de los diagnósticos de enfermería	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Dominios	cualitativo	Cumple	Según la información	lista de	Frecuencia

	nominal	>51% no cumple < 50%	que se recoge de los registros de enfermería	verificación	Porcentaje
Estados de diagnostico	cualitativo nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según la información que se recoge de los diagnósticos de enfermería	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Intervenciones NIC	Cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	La información que se recoge es clara lleva el nombre del tratamiento administrado por la enfermera	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Componentes NIC	Cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según la información que se recoge, de las intervenciones de enfermería	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Tipos de intervenciones	Cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según la información que se recoge de las intervenciones ya sean fisiológicas y psicosociales	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Resultados NOC	Cualitativo Nominal	Cumple >51% No cumple < 50%	Según la información que se recoge de las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Componentes NOC "planteamiento de resultados"	Cualitativo Nominal	Cumple 51% No cumple menor al 50%	Según la información que se recoge , describen la respuesta deseada del cliente	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje
Componentes NOC "establecimiento de indicadores"	Cualitativo Nominal	Cumple 51% No cumple menor al 50%	Según la información que se recoge , describen la respuesta deseada del cliente	lista de verificación	Frecuencia Porcentaje

VI. MARCO TEORICO

6.1.1 DEFINICIONES DEL DIAGNOSTICO ENFERMERO

El diagnóstico de enfermería es la segunda etapa del proceso enfermero, donde el enfermero (a) utiliza las habilidades del pensamiento crítico para la interpretación de los datos de la valoración y llegar a identificar y priorizar las necesidades humanas del paciente familia y comunidad.

Múltiples son las autoras y organizaciones internacionales que han escrito diferentes definiciones que intentan dar una respuesta concreta entre ellas tenemos

- **NANDA, 1994** “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable¹⁶
- **GORDON, 1976** Diagnostico enfermero “Problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su formación y experiencias son capaces de tratar y están autorizadas para ello”
- **CARPENITO, 1989** Diagnostico enfermero “Declaración que describe una respuesta humana real o potencial de los procesos vitales que las enfermera identifican y disponen de actividades que reduzcan, prevengan o eliminen que son de dominio legal y educativo de Enfermería¹⁷
- **CARPENITO (1997)** como “es una formulación que describe la respuesta humana (estado de salud o patrón de interacción alterados, actuales /

¹⁶ Carbalho da silva, C.M. ET AL, diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura, Enfermería global Mi SciELO versión ON LINE ISSN1695-6141, n.17 Murcia oct. 2009, visitado el 11 de noviembre del 2014, disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300020&script=sci_arttext

¹⁷ Bermúdez M.M., Diagnostico de enfermería, teorías de la enfermería, publicado enero 2012 disponible en: <http://maribermudez.blogspot.com/2012/01/diagnostico-de-enfermeria.html>

potenciales) de un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual la enfermera puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.”¹⁸

- **SHOEMAKER** El Diagnostico Enfermero es un juicio clínico acerca de un individuo, familia o grupo, que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos.
- **P. BAKER** El Diagnostico Enfermero es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.
- **ESPINAL** Es un proceso de deducción a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos en el paciente. El Diagnostico Enfermero es la conclusión que se da como resultado de la valoración de enfermería.
- **BIRCHER.** Es una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones.
- **J.H. CARISON** es la manifestación del estado de alteración, potencial o real, de la salud de un usuario o usuarios que se deriva de una valoración de enfermería y que requiere la actuación por parte del profesional de enfermería

¹⁸ GARCIA Miñano, Soledad " Entrevista a Linda Juall Carpenito-Moyet" Enfermería Global n.16 murcia Junio 2009 visitado el 20/6/2015 disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200026&script...de S García Miñano - 2009

- **MORITZ.** Diagnóstico de enfermería son los problemas de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas a tratar.

Todas estas definiciones incorporan en sus contenidos elementos del meta paradigma enfermero: persona, cuidado enfermero, salud y entorno e intentan relacionarlos entre si

6.1.2 DEFINICION DE TAXONOMIA

Se define como la ciencia que trata los principios, métodos y fines de la clasificación.

La taxonomía no es solo una clasificación de las respuestas humanas o diagnósticos, de los objetivos o resultados y de las intervenciones, sino que significan además una elección previa de principios, un método que ordenara los elementos que las contienen y una finalidad.¹⁹

Definición 2

El carácter estandarizado de las taxonomías colisiona con los postulados valores y elementos de algunos modelos de cuidados fundamentados en la consideración de la complejidad del ser humano y de los cuidados, en los que no cabe hablar de “respuestas”, resultados o actividades estándar.

6.1.3 DEFINICION DE METODO TAXONOMICICO

Método que pretende el análisis y la clasificación de las regularidades de los fenómenos, que se basa en identificar la esencia de estos fenómenos bajo un

¹⁹ Monste Bernard taxonomías “enfermeras y su aplicación en salud mental” octubre del 2012 visitado el 22 de octubre del 2014 disponible en : www.acmb.es/files/425-3792-DOCUMENT/bernard-42-8octubre12

criterio lógico que responda a la verdad de cómo estas se organizan o interrelacionan.

6.1.5 DEFINICION DE LA TAXONOMIA NANDA II²⁰

La taxonomía (del griego ταξις, taxis, 'ordenamiento', y νομος, nomos, 'norma' o 'regla') es, en su sentido más general, la ciencia de la clasificación. Habitualmente, se emplea el término para designar a la taxonomía biológica, la ciencia de ordenar la diversidad biológica en taxones anidados unos dentro de otros, ordenados de forma jerárquica, formando un sistema de clasificación.

La taxonomía de la NANDA II actualmente consta de tres niveles: 13 dominios, 46 clases y 206 diagnósticos de enfermería

6.1.6 DEFINICION PROCESO ENFERMERO

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería permitiendo a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática y debe aplicarse en forma mental y en todos los ámbitos de enfermería

A lo anterior se suma el grado de apropiación que los profesionales tienen de la enfermería como disciplina, es decir, frente a la adopción de modelos y teorías para orientar la práctica, la aplicación de metodologías y la utilización de los lenguajes estandarizados que estructuran la base conceptual; situación mediada por la convergencia de asuntos de índole académico, personal, social y laboral y la forma como factores que inciden para moldear la actitud e identidad profesional en cada persona.²¹

²⁰ Barrientos S.J., Diagnósticos de enfermería, programa para el fortalecimiento de competencias en enfermería, (internet en línea) visitado el 8 de agosto del 2014, disponible en : www.pediatría.gob.mx/enfe_diagnos.ppsx

²¹ Wikipedia, la enciclopedia libre Diagnostico visitado el 6 de Julio del 2014 , disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Diagnóstico

6.1.7 REGISTROS DE ENFERMERIA

Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática de los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.

6.1.8 NANDA INTERNACIONAL²²

Es la asociación de enfermeras americanas (Nort American Nursing Diagnosis Association) que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de Enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial

6. 2 MARCO TEORICO PROPIAMENTE DICHO

6.2.1 CUIDADO INTENSIVOS NEONATALES

Discutir de cuidados intensivos, en ocasiones lleva a confusiones, inclusive dentro de los profesionales que nos dedicamos a la salud. Se considera que los pacientes que están en este tipo de unidades pueden desencadenar un estado crítico que altera gravemente una o más de las constantes vitales, ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión arterial y temperatura.

En la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales los pacientes habitualmente suelen estar conectados a ventiladores supliendo la función mecánica del

²² Gonzales C. J., Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de salud laboral. Ejemplos de prescripción enfermera, Medicina y seguridad del trabajo, med. Secur. Trab.(Revista en la Internet), MiSciELO, Diciembre del 2010, vol. 56, n. 221 Madrid- España, visitado el 10 octubre del 2014, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2010000400008&script=sci_arttext

pulmón, ya que debido a las características del neonato se altera con mucha frecuencia

6.2.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

La enfermera valora, diagnostica, planifica, aplica y supervisa la asistencia que la proporciona al neonato; el ejercicio diario de enfermería representa la aplicación del método científico, ya que sigue un determinado número de pasos y un orden a seguir, acciones que responden precisamente a la metodología científica.

a. CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA²³

El Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza por ser metódico, organizado, para lograr un objetivo, dinámico que responde a un cambio continuo, flexible pues se acomoda a cualquier ámbito de enfermería, continuo e interrumpido, interactivo entre las necesidades del paciente y su familia, realista pues traza objetivos estratégicos, tiene una base teórica de conocimientos que incluyen ciencias, humanidades y modelos teóricos de enfermería, basado en evidencias; tiene un lenguaje universal (taxonomías NANDA, NOC, NIC), protegido por una la base legal, e intencionado pues siempre está encaminado a los seres humanos.

²³ Rivera R. V. ET AL revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA internacional 2009-2011, Revista científica de enfermería, RECIEN ISSN:1989-6409 N.6 Mayo 2013, visitado el 10 de noviembre del 2014, disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_6_may_2013/revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf

b. FASES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA²⁴

a) FASE DE VALORACION

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que da atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser los profesionales, los textos de referencia, las pruebas diagnósticas.

La Valoración en la unidad de cuidado intensivo neonatal es integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, centrados en el desarrollo y tratamiento del neonato, y en especial las capacidades funcionales, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

En esta etapa se recoge y se selecciona los datos de enfermería para conocer al neonato y detectar todas sus necesidades insatisfechas entre ellas tenemos los:

- Datos subjetivos (fuente primaria o secundaria) ej. sentimientos
- Datos objetivos (lo que la enfermera observa).

Valoración por patrones funcionales en la unidad de cuidados intensivos neonatales

La valoración del neonato mayor tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, que puedan ser tratados por los enfermeros, a fin de unificar criterios para llevar a

²⁴ Rivera R. V. ET AL revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA internacional 2009-2011, Revista científica de enfermería, RECIEN ISSN:1989-6409 N.6 Mayo 2013, visitado el 10 de noviembre del 2014, disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_6_may_2013/revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf

cabo la valoración es conveniente utilizar la propuesta de Margory Gordon , valoración por “Patrones Funcionales de Salud”, que enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas o independientes. Los 11 patrones funcionales del marco original de Margory Gordon son los siguientes:²⁵

- **PATRÓN 1: Manejo de la Salud.**- describe básicamente el crecimiento y desarrollo (y la apariencia general del niño y la familia, comportamiento, aspecto general, estimulaciones y relaciones , el objetivo de la valoración es la promoción de la salud

- **PATRÓN 2: Nutricional – Metabólico.**- Este patrón pretende determinar el crecimiento y desarrollo, el tipo de alimentación, peso, talla, perímetros percentiles, aspecto de la piel y mucosas, hidratación, vómitos, regurgitaciones y apetito del niño. El objetivo de la valoración es recoger todos los datos referentes a las necesidades calóricas y de líquidos. También se exploran los posibles problemas en su ingesta.

- **PATRÓN 3: Eliminación.**- Este patrón describe la función excretora intestinal, urinaria, integumentaria y respiratoria como también todos los aspectos que tienen que ver con ella; uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las secreciones y excreciones.

- **PATRÓN 4: Actividad / Reposo.**- Describe las capacidades para la movilidad autónoma, la actividad y para la realización de ejercicios respuestas cardiovasculares, respiratorias y neurológicas. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria

²⁵ LEFEBRE, Alfaro Rosalinda “Relacion entre los pasos del proceso enfermero” Aplicación del proceso enfermero Guia paso a paso cuarta edición pag 9-14 ed. Springer España, visitado el 11/09/2015, disponible en: <https://books.google.com.bo/books?isbn=840700197X>

que requieran algún grado de consumo de energía, como también los patrones de sueño, descanso

- **PATRÓN 5: Sueño – Descanso.-** Describe los patrones de sueño, descanso. La percepción de la calidad y cantidad del sueño y el reposo, el nivel de energía tras el sueño de cualquier trastorno de este, debemos conocer las ayudas que se utilizan para dormir, problemas de salud física que provoquen dolor o malestar. El objetivo de la valoración del patrón es describir la efectividad desde la perspectiva del neonato

- **PATRÓN 6: Cognitivo – Perceptual.-** Se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo, se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje (atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación).

- **PATRÓN 7: Autopercepción – Auto concepto.-** Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo, incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía.

- **PATRÓN 8: Rol – Relaciones.-** Incluye este patrón el papel o rol social, estructura familiar, dependencia del niño., respuesta a la separación. El objetivo de la valoración del patrón es describir los roles familiares y la relación del niño.

- **PATRÓN 9: Sexualidad – Reproducción** En este patrón se valora la reacción de los padres ante el descubrimiento de los genitales, además

inspección de mamas, forma tamaño, numero, simetría, localización, lesiones integridad

- **PATRÓN 10: Adaptación Tolerancia al Estrés.-** Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.

- **PATRÓN 11: Valores – Creencias.-** Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud

LENGUAJE ENFERMERO.

El lenguaje estandarizado de enfermería es un conjunto de términos comúnmente entendidos, utilizados para describir los juicios clínicos implicados en las evaluaciones (diagnósticos de enfermería), junto con las intervenciones y los resultados relacionados con la documentación de los cuidados de enfermería.

26

b) DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Considerada por muchos autores como el eje central del proceso de enfermería, proporciona los elementos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. Para elaborar el diagnóstico de enfermería, es indispensable el desarrollo del pensamiento crítico, al analizar la información obtenida durante la valoración y derivar de ella, los problemas reales o potenciales de las personas, y la movilización de recursos necesarios para el desarrollo de planes de cuidado

²⁶ MORA Heras, Karen Lenguaje estandarizado (NANDA NIC y NOC), visitado el 19 de octubre del 2015, disponible en: <https://prezi.com/03xhjpktpesb/lenguaje-estandarizado-nanda-noc-y-nic>

ajustados a la realidad particular y general de los escenarios vitales de los actores del cuidado.²⁷

Para formular un diagnóstico enfermero para el cuidado intensivo neonatal, hay que ser claro y específico. Para elaborar los Diagnósticos, hemos de referirnos a la Taxonomía NANDA II.

□ **TAXONOMIA NANDA**

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de Enfermería del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los patrones funcionales de salud como base del desarrollo, pasando a denominarse dominios y para el nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada dominio las clases correspondientes.

Estructura de la Taxonomía NANDA II

Permite clasificar en tres niveles de abstracción: 13 Dominios, 46 clases y 216 diagnósticos enfermeros.

□ **DOMINIO**

Es una esfera de actividad, estudio o interés y una clase es una subdivisión de personas o cosas por su calidad, rango o grado²⁸

- **Dominio 1. Promoción de la salud.** - Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control, fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento

²⁷ ARRIBAS, Cacha Antonio ET AL "El diagnóstico de enfermería" diagnósticos estandarizados de enfermería, pág. 10 segunda edición 2011 FUDEN Madrid, visitado el 20 de agosto del 2015, disponible en: ome.fuden.es/media/docs/26_valores_determinantes_2011.pdf

²⁸ HERDMAN Heather T. "La taxonomía de NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2012-2014", Pag.29-38, edición Elsevier 2013 España

- **Dominio 2. Nutrición.** .- Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
- **Dominio 3. Eliminación / Intercambio.**- secreción y excreción de los productos de desecho: intestinal, urinaria, integumentaria y respiratoria.
- **Dominio 4. Actividad / reposo.**- producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- **Dominio 5. Percepción /cognición.** – sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción y comunicación.
- **Dominio 6. Autopercepción.** – conciencia del propio ser
- **Dominio 7. Rol / relaciones.** – conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.
- **Dominio 8. Sexualidad.** . satisfacción o insatisfacción con respecto a la sexualidad, identidad sexual, función sexual y reproducción
- **Dominio 9. Afrontamiento /tolerancia al estrés.**- Forma de hacer frente a los acontecimientos/ procesos vitales.
- **Dominio 10. Principios vitales.**- Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.
- **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.
- **Dominio 12. Confort.**- Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- **Dominio 13. Crecimiento / desarrollo.**- aumenta o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes a la edad.

□ CLASES

Representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial o fundamental del diagnóstico y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.

Son 46 distribuidas entre los 13 dominios de la siguiente manera:

<p>1. Promoción de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Toma de conciencia de la salud b) Manejo de la salud. 	<p>8, Sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identidad sexual b) Función sexual c) Reproducción
<p>2, Nutrición.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ingestión b) Digestión c) Absorción d) Metabolismo e) Hidratación 	<p>9, afrontamiento / tolerancia al estrés</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Respuesta postraumática b) Respuestas de afrontamiento c) Estrés neurocomportamental.
<p>3, Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sistema urinario b) Sistema gastrointestinal c) Sistema tegumentario d) Sistema pulmonar 	<p>10, Principios vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valores b) Creencias c) Congruencia de las acciones con los valores/ creencias
<p>4, Actividad/ reposo</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Reposo sueño b) Actividad/ejercicio c) Equilibrio de la energía d) Respuestas cardiovasculares/ respiratorias 	<p>11, Seguridad / protección</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Infección b) Lesión física c) Violencia d) Peligros ambientales e) Procesos defensivos

	f) Termorregulación
5, percepción/ cognición a) Atención b) Orientación c) Sensación/ percepción d) Cognición e) Comunicación	12.- Confort a) Confort físico b) Confort ambiental c) Confort social
6, Auto percepción a) Auto concepto b) Autoestima c) Imagen corporal	13.- Crecimiento / desarrollo a) crecimiento b) desarrollo
7, rol/ relaciones a) Roles de cuidador b) Relaciones familiares c) Desempeño del rol	

□ **EJES.-**

Se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Los ejes en la clasificación NANDA sirven para concretar el diagnóstico en función de las características y manifestaciones que se indican en una respuesta humana determinada y son siete.

□ **SISTEMA MULTIAXIAL**

La taxonomía II tiene un formato multiaxial, lo que facilita su utilización a la hora de construir un diagnóstico de enfermería, añadiendo o eliminando los ejes que se consideren necesarios. Existen siete ejes dentro del sistema multiaxial.

- Eje 1. Núcleo diagnóstico por ejemplo dolor, ictericia, infección, etc.
- Eje. 2 sujeto del diagnóstico por ejemplo; individuo, familia, grupo, etc.
- Eje. 3 Juicio por ejemplo; deficiente, desequilibrado, percibido, etc.
- Eje 4 Localización por ejemplo; tisular intestinal, renal, etc.
- Eje 5 Edad por ejemplo; niño, adulto, anciano, etc.
- Eje 6 Tiempo por ejemplo; agudo, crónico, etc.
- Eje 7 estado del diagnóstico por ejemplo; real, de riesgo de salud, etc.²⁹

Estados de diagnóstico.- pueden ser reales, de riesgo, promoción de salud y síndrome

- ❖ **Diagnóstico real.** Describe respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad, Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. Enunciado en tres partes

Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados + m/p características definitorias

Ej.

Lactancia materna ineficaz r/c llanto frecuente del bebé e/p
insuficiente producción de calostro

²⁹ NANDA internacional (sede web). Kaukauna:NANDA internacional;2012(actualizada el 16 de abril de 2012, visitado el 22/10/2014 disponible en: <http://www.nanda.org/>

- ❖ **Diagnóstico de riesgo.-** Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
 - Para diagnósticos de riesgo, no hay factores relacionados (factores etiológicos), ya que estamos identificando la vulnerabilidad de un paciente para un problema potencial, el problema aún no está presente.

Etiqueta diagnostica r/c factor de riesgo
Ej.

Riesgo de infección r/c vacunación inadecuado y la inmunosupresión

- ❖ **Diagnóstico de promoción de salud.-** no requieren un factor relacionado, no hay "relacionado con" en la redacción Diagnóstico Enfermero de Promoción de la Salud.- Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas específicas de salud y que se puede aplicar a cualquier estado de salud. De este diagnóstico. En su lugar, la característica(s) definitoria(s) se proporciona como evidencia del deseo por parte del paciente para mejorar su estado de salud actual.

Etiqueta diagnostica

Disposición para mejorar el auto-cuidado como lo demuestra el deseo expreso de mejorar el auto-cuidado.

- ❖ **Diagnósticos de síndrome.-** Juicio clínico que describe una agrupación específica de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se abordan mejor juntos a través de intervenciones parecidas.

La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome.

Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas. El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte

Síndrome traumático de la violación
Etiqueta diagnóstica

Los componentes de los diagnósticos enfermeros NANDA son:

a) Para los diagnósticos reales

- 1) Etiqueta o nombre del diagnóstico
- 2) Definición
- 3) Características definitorias
- 4) Factores relacionados

b) Para los diagnósticos de riesgo

- 1) Etiqueta o nombre del diagnóstico.
- 2) Definición.
- 3) Factores relacionados.

c) Para los diagnósticos de promoción de la salud

- 1) Etiqueta diagnóstica
- 2) Definición

d) Para los diagnósticos de Síndrome

1. Etiqueta diagnóstica
2. definición

El diagnóstico N.A.N.D.A. Se trata de un diagnóstico que ha sido aprobado por la NANDA e incluido en su clasificación diagnóstica se presenta con ³⁰

1.- UN NOMBRE O ETIQUETA. – que describe de forma concisa el diagnóstico.

Está siempre presente en todos los tipos de diagnóstico, y corresponde a la primera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES (P : Problema de salud)

2.- UNA DEFINICION.- expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás. Están siempre presentes en todos los tipos de diagnósticos.

Deterioro de la integridad cutánea: Se define: Alteración de la epidermis, de la dermis, o ambas.

3.- UNAS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS. Son evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas o subjetivas que indican la presencia de la etiqueta diagnóstica. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la tercera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES (S: sintomatología)

4.-UNOS FACTORES RELACIONADOS.-que describen antecedentes, situaciones o elementos que contribuyen a la aparición del diagnóstico.

Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la segunda parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES (E: Etiología)

³⁰ Fernández B.-Lasquetty B., Taxonomías, taller de taxonomía enfermera, taxonomías enfermera NANDA, NIC, NOC, WSC, All Rights reserved Copyright 2006, modificado en Octubre del 2010, visitado el 9 de noviembre del 2014, disponible en : http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/importancia_lenguajes.html

5.- UNOS FACTORES DE RIESGO.- que describen situaciones que aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer un determinado problema. Están presentes sólo en los diagnósticos de riesgo.

6.- UN CODIGO UNICO.- Que sirve para unificar y diferenciar el diagnóstico y permitir su tratamiento informático. Está siempre presente en todos los tipos de diagnóstico

7.- UNA BIBLIOGRAFIA.- de referencia para profundizar en el conocimiento del resultado.

c) FASE DE PLANIFICACION³¹

Constituye la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería en la cual y, en base a los datos recopilados en la valoración y en los diagnósticos de enfermería enunciados, se procede a la planificación de los cuidados de enfermería que conduzcan a prevenir, reducir o eliminar los problemas identificados, en esta etapa se establecen las prioridades de los cuidados de enfermería, para prevenir, minimizar o eliminar los problemas detectados, para ello utilizaremos el NIC y el NOC.

Utilizaremos la Taxonomía NOC: (Nursing Outcome Classification) que es una clasificación global y estandarizada de los resultados del usuario que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de Enfermería.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducto o

³¹ Meneces S. ET AL Proceso de atención de enfermería, Universidad Técnica del Norte, UTN [internet], Diciembre 2011 pag. 31-33 visitado el 12 de noviembre del 2014, disponible en: <https://es.scribd.com/.../PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA>

percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención enfermera

d) EJECUCIÓN o INTERVENCIÓN³²

Es la realización de las acciones de cuidado de enfermería para el logro de los objetivos, con base en los principios científicos y las normas de actuación para la ejecución de los procesos y procedimientos. No sólo implica la puesta en práctica de actividades rutinarias, sino un proceso analítico y reflexivo y la toma de decisiones en torno a los objetivos propuestos. De igual forma, se tiene en cuenta la notificación de contingencias derivadas de las intervenciones y el registro detallado y técnico de la ejecución.

La ejecución es la puesta en práctica de todo el proceso realizado hasta el momento, las intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de enfermería realiza para conseguir los resultados. Corresponde a la puesta en práctica del Plan de Atención Enfermería elaborado con la Taxonomía NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA) En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la Universidad de Iowa introdujo la NIC y en 1991 la NOC estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso de la NANDA y otros sistemas de diagnóstico.

LA TAXONOMIA NIC es una clasificación estandarizada y exhaustiva de las intervenciones de enfermería que a diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del usuario, en los que la atención se concentra en el usuario, el centro de interés es la conducta enfermero, es decir las acciones de los

³² Etapa de ejecución del proceso enfermero. *BuenasTareas.com*. Recuperado 08, 2010, visitado el 20/09/2015 disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Etapa-De-Ejecucion-Del-Proceso-Enfermero/639081.html>

profesionales que ayudan al usuario a progresar hacia la consecución de un resultado deseado.³³

Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados de un paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados tanto directos como indirectos, destinados tanto a los individuos como a las familias y a la comunidad e iniciados por la enfermera, el médico u otro profesional sanitario.

Componentes NIC. Cada intervención NIC está integrada por elementos:

- **Nombre de etiqueta** es el contenido estandarizado y no deben por tanto modificarse cuando se usa un término NIC para documentar el cuidado.
- **Definición**
- **Actividades o cuidados enfermeros** puede ser individualizado mediante la elección de actividades más apropiadas para el individuo, la familia o la comunidad, seleccionadas por la enfermera.
- **Una breve lista de apoyo o Bibliografía**

Ejemplo

Etiqueta	3520 Cuidados de las úlceras por presión
Definición	Facilitar la curación de úlceras por presión
Actividades	Mantener la úlcera humectada para favorecer la curación Debridar la úlcera si es necesario Aplicar vendaje si está indicado Enseñar a los miembros de la familia cuidados y vigilar si hay signos de rotura de la piel Controlar el estado nutricional
Bibliografía	JUAREZ Robert , intervenciones pág., 10

³³ Desarrollo de las interrelaciones NNN, "Interrelaciones NANDA NIC de los diagnósticos prevalentes en atención especializada" pag 7 ed. Consejería de salud y servicios sanitarios, año 2010 Asturias, visitado el 22/8/2015, disponible en:https://www.asturias.es/astursalud/ficheros/AS_formacion/metodologia_enfermera/GUIA_NN_INTERACT.pdf

Tipos de intervenciones de enfermería.- estas pueden ser directas o indirectas.

- a) **Intervención de enfermería directa** es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

- b) **Intervención de enfermería indirecta** es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

ESTRUCTURA NIC.- la taxonomía NIC tiene cuatro niveles.

- 7 campos(del 1 al 7)
- 30 Clases (letras del alfabeto en mayúscula y en minúscula)
- 585 Intervenciones, (con un número de 4 dígitos)
- 1200 actividades. Sin código.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES³⁴

- **campo 1 fisiológico básico.-** cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
- **Campo 2 fisiológico complejo.-** cuidados que apoyan la regulación homeostática
- **Campo 3 conductual.-** cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

³⁴ BULECHEK, G.M; Butcher, H.K.; "Clasificación de intervenciones de enfermería NIC" 2009 edit. Elsevier visitado el 1 de octubre del 2015, Disponible en: Elsevier.mx/catalogo/clasificación-de-intervenciones-de-enfermeria-nic

- **Campo 4 seguridad** cuidados que apoyan la protección contra peligros.
- **Campo 5 familia** cuidados que apoyan a la unidad familiar
- **campo 6 sistema sanitario** cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria
- **Campo 7 comunidad.-** cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

<p>D – 1 FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>A.-Control de la actividad y ejercicio B.- Actuación ante la eliminación C.- Actuación ante la inmovilidad D.- Apoyo de la nutrición E.- Fomento de la comodidad física F.- Facilitación de autocuidado</p>	<p>D- 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>G.- Control de electrolitos y ácido – base H.- Uso de fármacos I.- Control neurológico J.- Cuidados periparto K.- Control respiratorio L.- Control de piel y heridas M.- Termorregulación N.- Control de perfusión tisular.</p>
<p>D – 3 CONDUCTUAL</p> <p>O.- Terapia de la conducta P.- Terapia cognitiva Q.- Fomento de la comunicación R.- Ayuda para hacer frente a situaciones S.-Educación del paciente T.- Fomento del bienestar psicológico</p>	<p>D- 4 SEGURIDAD</p> <p>U.- Actuación ante una crisis V.- Control de riesgos.</p>
<p>D – 5 FAMILIA</p> <p>W.- Cuidados de un nuevo bebé Z.- Cuidados de crianza de un nuevo bebé X.- Cuidados durante la vida</p>	<p>D – 6 SANITARIO</p> <p>Y.- Mediación del sistema sanitario. a.- Control del sistema sanitario b.- Control de la información</p>
<p>D – 7 COMUNIDAD</p>	

c.- Fomento de la salud de la comunidad.	
d.- Control de riesgos de la comunidad	

e) EVALUACIÓN

En esta etapa se determina el logro de los objetivos propuestos, la eficacia de las intervenciones y se toma la decisión sobre los ajustes y cambios requeridos en el proceso, para alcanzar con máxima eficiencia resultados en el estado de salud de los pacientes.

Se utilizara el NOC para determinar si las intervenciones de enfermería y actividades seleccionadas fueron efectivas. Se estima de nuevo el resultado esperado y se evalúa el estado del paciente, constituye la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería, pero al mismo tiempo, afecta a todas las demás; es la retroalimentación del proceso enfermero, corresponde a la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del usuario y los resultados esperados, se evalúa en base a tres aspectos:

- Resultados obtenidos en el cliente: es necesario revisar hasta qué punto se lograron los resultados trazados durante la planificación. Esto significa examinar, entrevistar al usuario y reunir datos para determinar su estado de salud.
- Satisfacción del usuario sobre los cuidados de enfermería.
- La evaluación esta sobre todo enfocada a evaluar la consecución y cumplimiento de los resultados.

TAXONOMIA NOC (Nursing Outcomes classification) CRE (clasificación de resultados de enfermería).³⁵

“Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención enfermera”

Elaborada en la universidad de Iowa en Estados Unidos, contamos con 7 dominios, 29 clases y más de 380 etiquetas NOC. Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente.

Lo interesante de estas etiquetas. es que nos permite identificar el estado de salud de la persona, familia y comunidad antes y después de la intervención de enfermería.

Componentes del resultado NOC: elementos

- 1.- Etiqueta (Nombre de identificación).
- 2.- Definición. Significado claro y conciso de la intervención
- 3.- Lista de indicadores (evaluar el estado del paciente).
- 4.- Escala Likert 5 puntos (medir el estado del paciente; catorce escalas).
- 5.- Referencias bibliográficas.

La taxonomía NOC.- tiene cinco niveles: Dominios, clase, resultados, indicadores y medidas.

Nivel 1

- D - I salud funcional.
- D - II salud fisiológica
- D - III salud psicosocial
- D - IV conocimiento y conducta en salud.
- D - V salud percibida
- D - VI salud familiar

³⁵ IBARRA Fernández José "Resultados de enfermería NOC aplicado a los cuidados críticos pediátricos y neonatales, actualizado 26/02/2014 visitado el 20/09/2015 disponible en: www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo24/capitulo24.htm

□ D - VII salud comunitaria

DOMINIOS Y CLASES DE LAS NOC

<p>D – I SALUD FUNCIONAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento de la energía 2. Crecimiento y desarrollo 3. Movilidad 4. Autocuidado 	<p>D – 2 SALUD FISIOLÓGICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiopulmonar 2. Eliminación 3. Líquidos y electrolitos 4. Respuesta inmune 5. Regulación metabólica 6. Neurocognitiva 7. Nutrición 8. Respuesta terapéutica 9. Integridad tisular 10. Función sensitiva
<p>D – III SALUD PSICOSOCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bienestar psicológico 2. Adaptación psicosocial 3. Autocontrol 4. Interacción social 	<p>D – IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA EN SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conducta de salud 2. Creencias sobre la salud 3. Conocimientos sobre salud 4. Control del riesgo y seguridad
<p>D – V SALUD PERCIBIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud y calidad de vida 2. Sintomatología 	<p>D – VI SALUD FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. estado del cuidador familiar 2. estado de salud de los miembros de la familia. 3. Bienestar familiar
<p>D – VII SALUD COMUNITARIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bienestar comunitario 2. Protección de la salud comunitaria 	

El uso de terminología estandarizada de la enfermería universal del cuidado puede ayudar a enseñar a describir uniformemente las ediciones de la salud de los niños y la naturaleza compleja de la práctica profesional de enfermería en cuidados críticos.

6.3 ESTANDARIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Determinan el plan de atención adecuado para el paciente. El diagnóstico de enfermería guía las intervenciones y los resultados del paciente, lo que permite que la enfermera desarrolle el plan de atención del paciente. Los diagnósticos de enfermería también proporcionan una nomenclatura estandarizada para uso en las notas de enfermería en el expediente clínico, lo que permite una comunicación clara entre los miembros del equipo de atención y la recolecta de datos para la mejora continua en la atención al paciente.

La enfermería actualmente fundamenta el que hacer en la ciencia del cuidado conceptualizando al individuo como un ser holístico, ubicando sus acciones a ese fin con el único propósito de cumplir con evidencias tangibles plasmarlo en la práctica a través de las Notas o registros de enfermería basados en la taxonomía NANDA NIC NOC

6.4 DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO MEDICO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Describe una situación patológica o de enfermedad	Describe una respuesta humana a los problemas de salud
Se mantiene en tanto la enfermedad este presente	Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención
Es tratado por el médico en el entorno de la práctica medica	Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería
La mayoría de veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos	La mayoría de las veces tiene que ver con la auto percepción del sujeto de atención

6.5 MODELO SOAPIE

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.³⁶

Esta sigla SOAPIE, utilizada actualmente para el registro de enfermería se refiere a las variaciones comunes del formato mérito de creado hace diez años el concepto y la realización de los registros médicos orientados hacia los problemas (RMPO), conocido ahora en Estados Unidos como “ROP”. La sigla SOAPIE 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 descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc.

A: Interpretaciones y análisis de los datos: 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.

³⁶Wikipedia, la enciclopedia libre Diagnóstico, visitado el 6 de Julio del 2014, disponible en:
es.wikipedia.org/wiki/Diagnóstico.

I: intervención o ejecución. Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

E: Evaluación de los resultados esperados: se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente. Concluye con la firma del colegio y cello de la enfermera que atendió al paciente.

Instrumento estructurado que actualmente es utilizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales donde plasman los diagnósticos de enfermería

VII. CONTROL SEMANTICO

7.1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud real o potenciales a procesos vitales

7.2. REGISTROS DE ENFERMERIA

Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática de los hallazgos, actividades, observaciones,

decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.

7.3. NANDA INTERNACIONAL³⁷

Es la asociación de enfermeras americanas (North American Nursing Diagnosis Association) que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de Enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial

7.4. NANDA

Antes llamada North American Nursing Diagnosis Association 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 internacional

7.5. TAXONOMIA DIAGNOSTICA

Una taxonomía (estudio teórico de la clasificación sistemática que incluye, bases principales, reglas y procedimientos) diagnóstica, nos permite tener un marco de referencia común con un mismo discurso científico reconocible por todos los profesionales. El desarrollo de este tipo de taxonomía proporciona beneficios científicos y prácticos, permitiendo promover la investigación informatizada de los cuidados del enfermo.

7.6. UNIDAD DE NEONATOLOGIA

³⁷ Gonzales C. J., Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de salud laboral. Ejemplos de prescripción enfermera, Medicina y seguridad del trabajo, med. Secur. Trab.(Revista en la Internet), MiSciELO, Diciembre del 2010, vol. 56, n. 221 Madrid- España, visitado el 10 octubre del 2014, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2010000400008&script=sci_arttext

La unidad de Neonatología es una organización de profesionales de la salud, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos.

7.7. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

La unidad de cuidados intensivos neonatales es donde el recién nacido permanecerá durante días, semanas o incluso más tiempo, dependiendo del grado de prematuridad del mismo.

Se trata de un departamento o área del hospital donde se cuida a los recién nacidos que sufren complicaciones médicas o a los bebés que han nacido de manera prematura; aquí es donde se proporciona un entorno óptimo para el crecimiento hasta que finalmente puedan marcharse a casa

7.8. ESTANDARIZACION

Estandarizar llegar a ajustar algo a un modelo, tipo o patrón; hacer que una cosa sea uniforme

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio tiene un enfoque cualicuantitativo de tipo descriptivo y retrospectivo.

8.1 TIPO DE ESTUDIO

❖ **Descriptivo**

Este estudio es de tipo descriptivo ya que nos orientan a determinar las propiedades importantes del proceso a describir de la información obtenida sobre el objeto de estudio y va dirigida a aclarar una visión de cómo utilizar y cuáles son sus características.

❖ **Retrospectivo**

Para el presente trabajo se realizó con hechos que se trataron en la realidad de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, a través de la revisión de los registros de enfermería del expediente clínico del turno mañana, turno tarde, turno nocturno A y turno nocturno B.

8.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

Cuantitativo.

Se realizó tras el análisis y la medición de las variables estudiadas de los contenidos de los diagnósticos de enfermería en los registros de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Cualitativo.

En base al análisis de las expresiones más utilizadas de diagnósticos enfermeros que cumplen con la taxonomía NANDA NIC NOC

8.3 METODOS DE INVESTIGACION

❖ **Analítico**

Este método nos ayuda a descomponer los diagnósticos de enfermería separando cada una de las partes del todo para estudiarlas en forma individual

❖ **Lista de verificación**

Se recogieron los datos a través de una lista de verificación, que está formada por un encabezado que recoge información sobre la historia clínica neonatal, el número de diagnósticos de enfermería y sus cuidados elaborados en 24 horas, la fecha de registro, firma el sello y el número de colegiatura de la enfermera durante el segundo semestre del 2014.

La lista se halla estructurado por 12 ítems que permitió identificar cuantos diagnósticos de enfermería cumplen con la taxonomía NANDA NIC NOC cada pregunta presentaba dos alternativas: SI cumple y No cumple en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del seguro Social Universitario La Paz.

❖ **Validez y confiabilidad**

El instrumento aplicado, estuvo sujeto a validación de criterio, contenido por la tutora y personal de Enfermería especialistas en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y docentes de la Universidad mayor de San Andrés tomando en cuenta las sugerencias realizadas. **(VER ANEXO N°1)**

8.4 UNIVERSO Y MUESTRA

➤ **UNIVERSO**

Se consideró como universo a 781 diagnósticos de enfermería, involucrados en el estudio de cada registro de enfermería neonatal de las 24 horas en los meses de junio a diciembre del 2014 en la unidad de cuidado intensivo neonatal del seguro Social Universitario La Paz.

➤ MUESTRA

El tipo de muestreo que se utilizó es para población finita, de tipo probabilístico donde se consideró para este estudio 78 diagnósticos de enfermería, los cuales fueron seleccionados al azar simple, de los registros de las historias clínicas de la unidad de estadística del Seguro Social Universitario, con un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (5%).

$$n = \frac{781 \cdot 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.05^2(781-1) + 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95} = 78 \text{ registros}$$

Se obtuvieron estos datos durante el segundo semestre de la gestión 2014

➤ DELIMITACION TEMPORAL

El presente estudio se realizó durante el segundo semestre de junio a diciembre del año 2014

8.5 AREA DE ESTUDIO

La población elegible fueron los diagnósticos de enfermería registrados en los expedientes clínicos de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de pacientes menores de 28 días comprendidos entre junio a diciembre del 2014

8.6 CRITERIOS DE INCLUSION E EXCLUSION

❖ CRITERIOS DE INCLUSION

Quedan incluidos todos los Diagnósticos de enfermería de neonatos internados en diferentes áreas de la unidad de cuidado intensivo neonatal menores de 28 días.

❖ CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyen aquellos diagnósticos de enfermería de neonatos en alojamiento conjunto y también se excluyen Diagnósticos de enfermería de neonatos ambulatorios y mayores de 28 días

8.7 FUENTE TECNICA E INSTRUMENTOS

- La fuente de recolección de datos es el expediente clínico neonatal.
- Se obtiene la información de los diagnósticos de enfermería en los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. de las hojas de enfermería.
- Se elabora una base de datos para la recolección de los mismos para luego hacer su análisis respectivo basado en normas Internacionales de la NANDA (**VER ANEXO N° 4**)

8.8 PROCESAMIENTO DE DATOS

Solicitud de permiso para obtener información mediante el empleo de un sistema de los expedientes clínicos de neonatos que estuvieron internados durante el segundo semestre de junio a diciembre del 2014

Se procede:

- La recolección de los datos,
- Revisión de datos obtenidos
- Ordenar para obtener información útil
- Pasar a la base de datos del programa SPSS - 22
- Toma de decisiones a realizar para su transformación.

8.9 PROCEDIMIENTO DE LA INFORMACION

Una vez recolectada la información de los diagnósticos de enfermería, fueron codificados y agrupados en la hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel versión 2007; luego se utilizó el programa estadístico SPSS 22 para determinar las frecuencias relativas simples según los objetivos de la investigación. Los resultados se representan en tablas de simple entrada incluyendo frecuencias simples y relativas

8.10. ANALISIS Y DISCUSION

La elección de los resultados e intervenciones de enfermería depende de las habilidades clínicas de las enfermeras; un diagnóstico de enfermería establecido por las enfermeras debe estar entre las prioridades de los servicios de enfermería, el análisis y la presentación del estudio se realiza en forma física, mediante cuadros estadísticos y gráficos.

IX. ASPECTOS ETICOS

Para el presente estudio se efectuó las pertinentes solicitudes de permiso a la Responsable de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, Jefatura de Enfermería, Gerencia Médica, Comité de Enseñanza y Investigación en el sentido de que el presente estudio va contribuir a mejorar la calidad de los cuidados de enfermería e ir a mejorar las habilidades y competencias tanto intelectuales como interpersonales, permitiendo así identificar y estructurar adecuados diagnósticos, de enfermería que serán la base para las intervenciones y resultados en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales del Seguro Social Universitario La Paz (**VER ANEXO N° 1- 1A**)

X. ANALISIS Y RESULTADOS

Se abarcaron en el estudio 78 diagnósticos de enfermería de los registros de enfermería de la historia clínica neonatal efectuadas por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales previa recolección de datos obtenidos detallados en la tabla n° 1 en el Hospital de Seguro Social Universitario La Paz.

CUADRO N°1

CONSOLIDACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC SEGÚN SU CUMPLIMIENTO Y NO CUMPLIMIENTO EN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

	Proporción de diagnósticos de enfermería que se encuentran registrados en los registros	Proporción de diagnósticos de enfermería que cumplen con la Taxonomía NANDA	Proporción de diagnósticos de enfermería que cumplen con la etiqueta diagnóstica	Diagnósticos de enfermería que cumplen con el componente factor relacionado	Diagnósticos de enfermería que cumplen con la característica definitoria	Diagnósticos de enfermería que cumplen con la taxonomía NANDA por dominios	Estados de diagnóstico que cumplen con la taxonomía nanda	Intervenciones de enfermería que cumplen con los diagnósticos de enfermería	Proporción de componentes NIC que cumplen con los diagnósticos de enfermería	Tipos de intervenciones que cumplen con la taxonomía nanda	Resultados NOC que cumplen con los diagnósticos de enfermería	Planteamiento de resultados que cumplen con los diagnósticos de enfermería	Establecimiento de diagnósticos que cumplen con la taxonomía nanda
CUMPLE	100	19.23	15.38	100	19.23	15.4	94.8	100	100	100	71.79	100	83.33

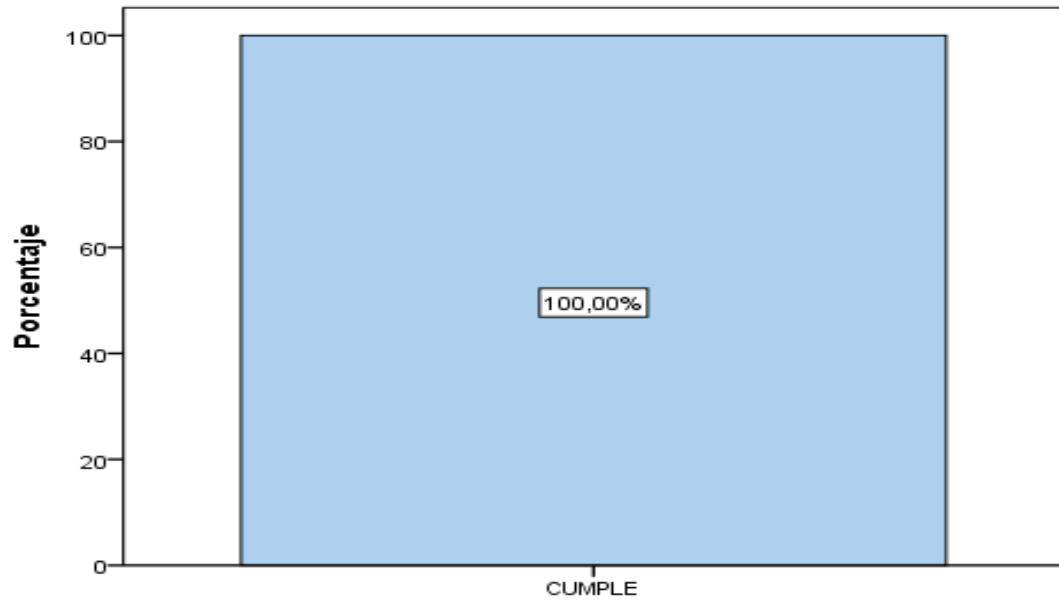
NO CUMPLE	0	80.77	84.62	0	80.77	84.6	5.1	0	0	0	28.21	0	16.67
----------------------	----------	--------------	--------------	----------	--------------	-------------	------------	----------	----------	----------	--------------	----------	--------------

Fuente: registros de enfermería de los Expedientes clínicos de neonatología Seguro Social Universitario

Se manejó una lista de chequeo de las actividades en los registros de enfermería que consta de 13 Ítems de verificación simple con un puntaje determinado. El cuadro N. 1 Muestra el cumplimiento, y no cumplimiento de los diagnósticos de enfermería con la estandarización de la taxonomía NANDA NIC NOC de 78 diagnósticos de enfermería que fueron analizados y detallados en porcentaje en los siguientes cuadros y gráficos.

GRAFICO N.- 2

PROPORCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE SE REGISTRAN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO JUNIO - DICIEMBRE 2014

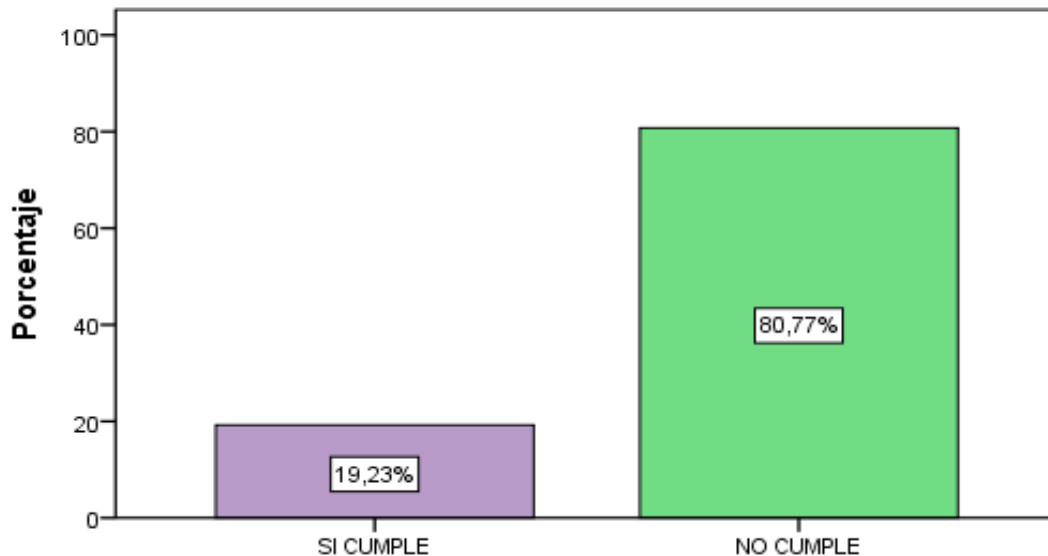


FUENTE. - registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

En el siguiente grafico N.- 2 nos muestra que en el 100% de registros de enfermería de los expedientes clínicos se encuentran reportados con los diagnósticos de enfermería

GRAFICO N.- 3

PROPORCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON LA TAXONOMIA NANDA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ JUNIO - DICIEMBRE 2014



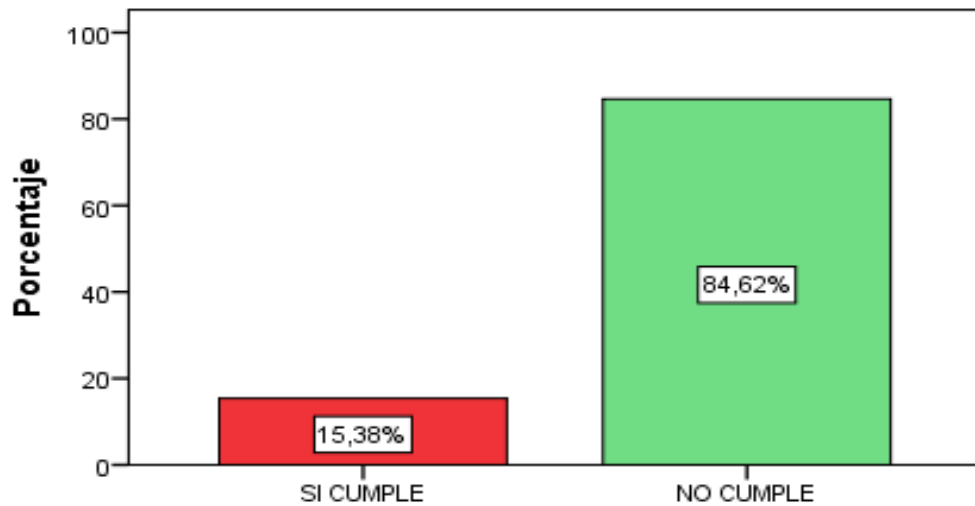
FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

En el grafico No 3, reporta que el 80.77% de los diagnósticos de enfermería registrados **NO cumplen** con el lenguaje estandarizado de la Taxonomía NANDA y el 19,23% si cumple con la taxonomía NANDA.

Si, bien en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales registran Diagnósticos de enfermería no cumplen con la nomenclatura diagnostica enfermera no superando así las pruebas pertinentes de valides y fiabilidad.

GRAFICO N.- 4

PROPORCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON EL COMPONENTE "ETIQUETAS DIAGNOSTICAS" CON LA TAXONOMIA NANDA



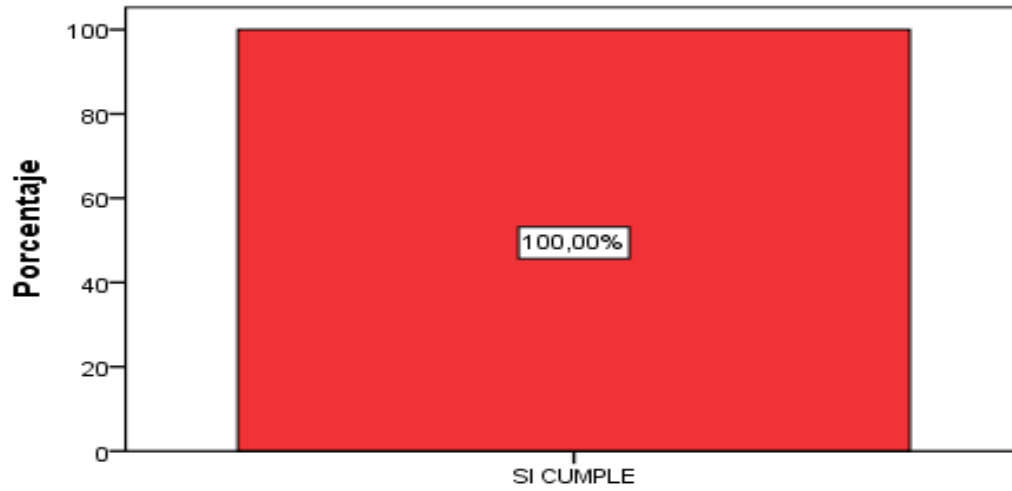
FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Según el grafico No 4 se evidencia que en el registro de las diagnósticos de enfermería el primer componente que son los etiquetas diagnosticas el 84,62% **NO cumple** con la nomenclatura diagnostica de la taxonomía NANDA y el 15,38% Si cumple con el lenguaje estandarizado.

Si, bien realizan las etiquetas diagnosticas que son la clara denominación del problema, no ofrecen una descripción clara y concisa de la dificultad.

GRAFICO N.- 5

PROPORCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA QUE CUMPLEN CON EL COMPONENTE ^a FACTOR RELACIONADO^a CON LA TAXONOMÍA NANDA NIC NOC

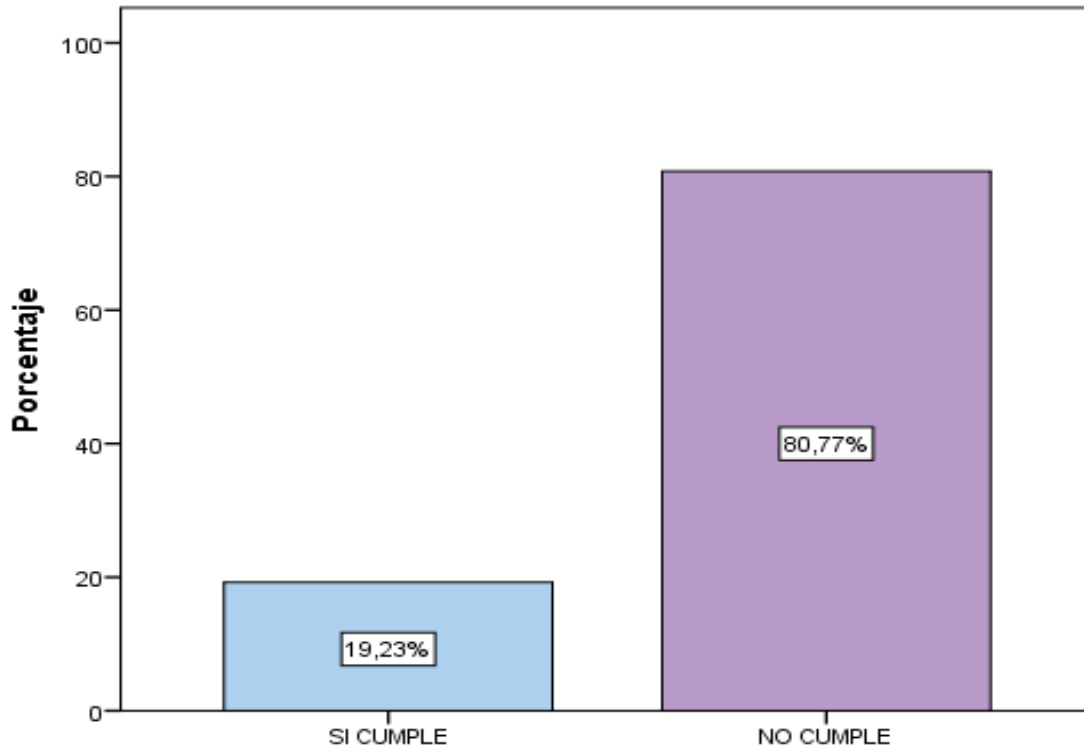


FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Podemos observar que del 100% de diagnósticos de enfermería formulados en los registros de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal SI cumplen con el Segundo componente que es el "Factor relacionado" siendo estos factores, la guía para el tratamiento adecuado y determinantes hacia las acciones concretas para solucionar el problema.

GRAFICO N. 6

PROPORCION DEL COMPONENTE "CARACTERISTICA DEFINITORIA" QUE CUMPLEN CON LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE ACUERDO CON LA TAXONOMIA NANDA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ JUNIO - DICIEMBRE 2014

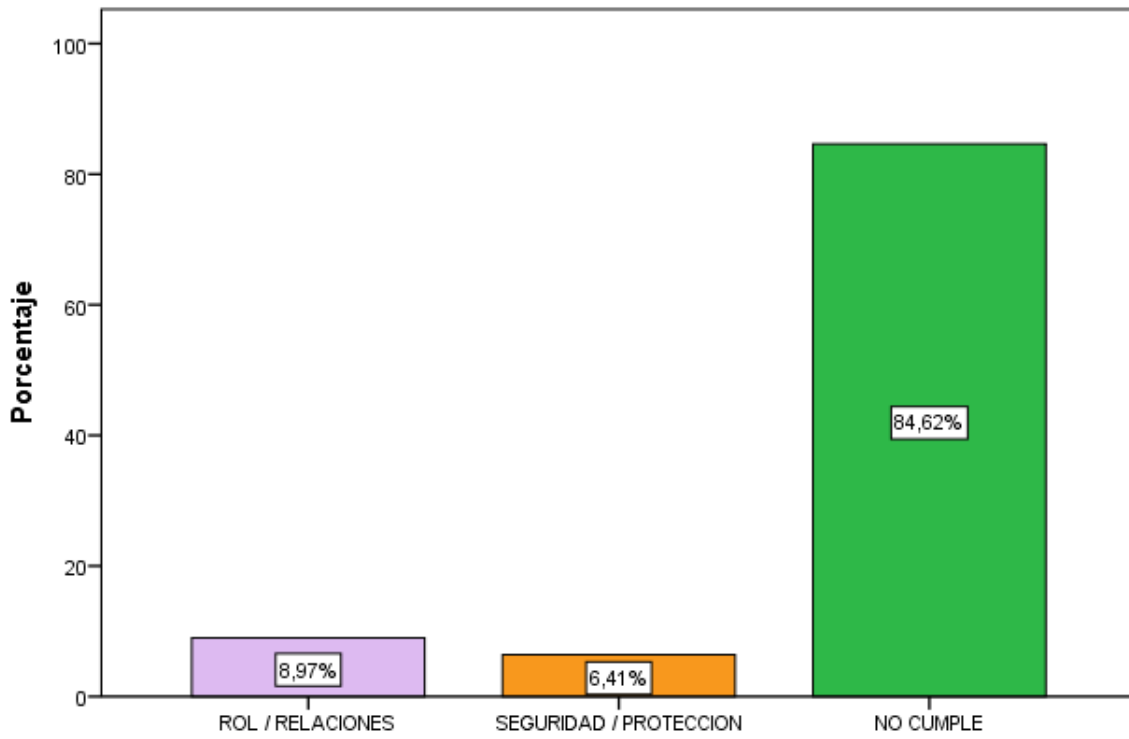


FUENTE. - registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

En la Unidad de cuidados Intensivos neonatales del Hospital Seguro Social Universitario la Paz el 80,77% de los diagnósticos de enfermería emitidos en los registros de enfermería No cumple con el tercer componente que son las "características definitorias", pero el 19,23% Si cumplen con el tercer componente donde expresan una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de la etiqueta diagnostica en forma de signos, síntomas y/ o verbalizaciones por parte del individuo/ familia

GRAFICO N.- 7

PROPORCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN POR DOMINIOS CON LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC UNIDAD DE NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ JUN IO - DICIEMBRE 2014



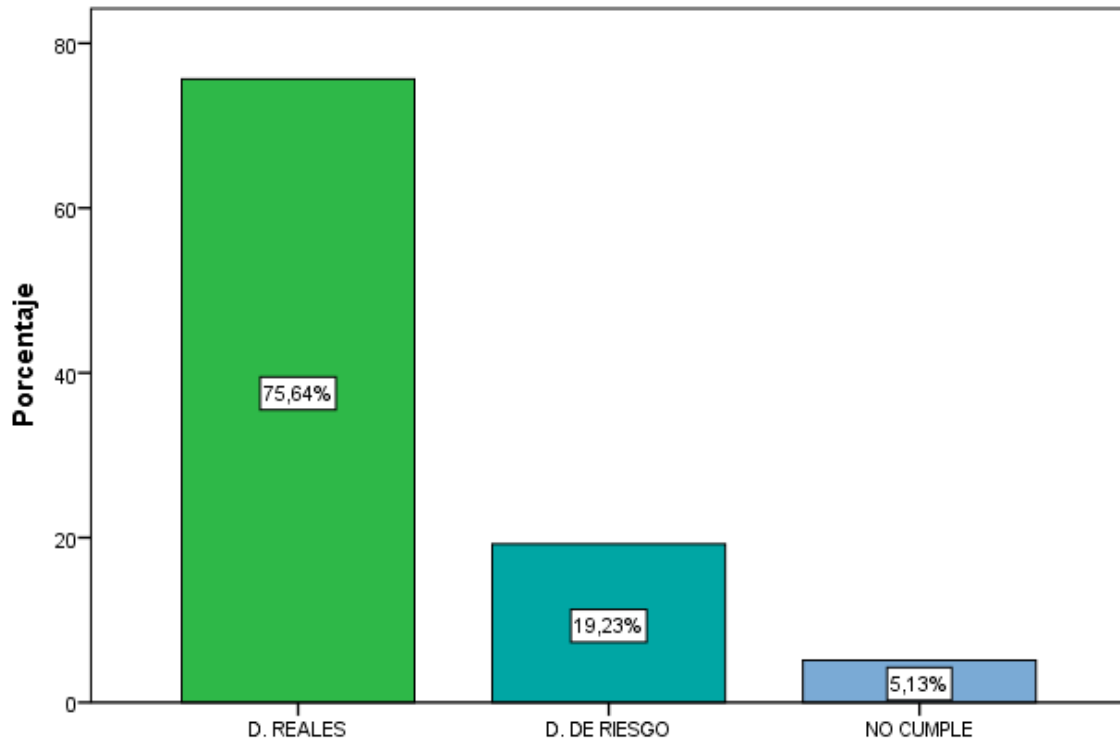
FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Se observa, en el grafico que en los registros de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de los trece dominios el **84,62% No cumple** con el lenguaje estandarizado; emplean con mayor frecuencia en un 8,97% el dominio de rol y relaciones y con el 6,41% el de seguridad y protección

Los diagnósticos de enfermería aplicados en la unidad de cuidados intensivo neonatal se coloca en solo dos de la subdivisión de los trece dominios donde nos demuestra que su campo de acción es muy reducido.

GRAFICO N.- 8

PROPORCIÓN DE ESTADOS DE DIAGNÓSTICO QUE CUMPLEN CON LA TAXONOMÍA NANDA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ JUNIO - DICIEMBRE 2014



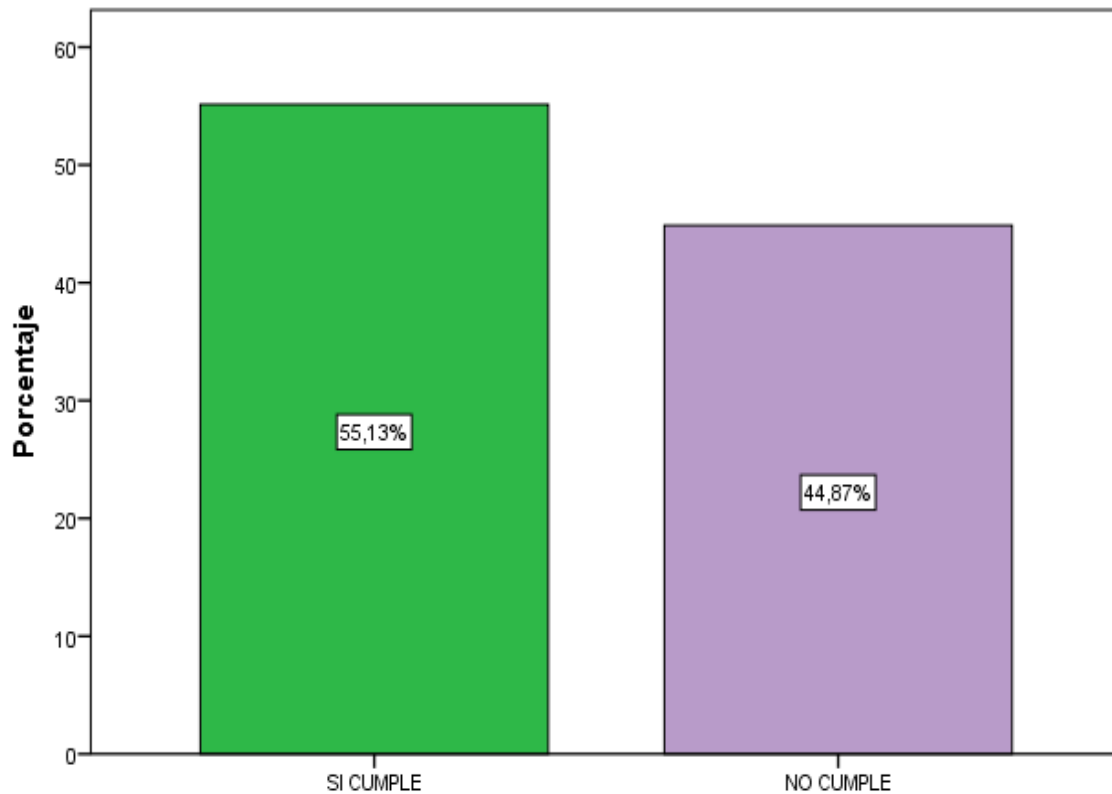
FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Con respecto los estados de diagnóstico que cumplen con la taxonomía NANDA el 75,64% formulan los diagnósticos reales y el 19,23% que corresponden a los diagnósticos de riesgo ante un 5,13% no formulan adecuadamente los estados de diagnóstico.

Lo que quiere decir que en los registros de enfermería utilizan con mayor frecuencia a designar un problema de salud actual y presente del paciente determinando así cuales son las necesidades de cambio de la persona y es ocasional los diagnósticos de riesgo que pueden aparecer como consecuencia de la presencia de factores de alto riesgo

GRAFICO N.- 9

**PROPORCION DE INTERVENCIONES NIC QUE CUMPLEN CON LOS
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONTALES SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO**

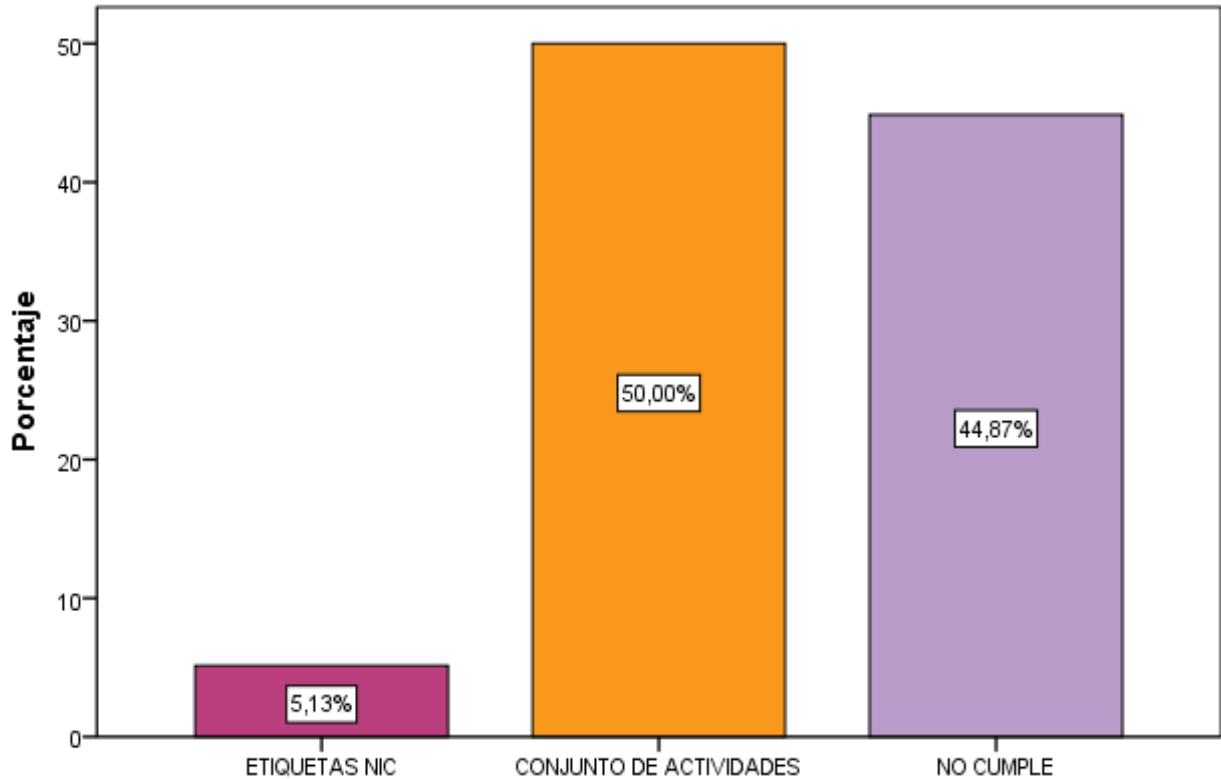


FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Se evidencia que el 100% de diagnósticos de enfermería formulados El 55.13% SI cumplen con las intervenciones NIC para alcanzar los criterios de resultados establecidos y el 44.57% No cumplen en los registros de enfermería con los criterios.

GRAFICO N.- 10

PROPORCION DE LOS COMPONENTES NIC QUE CUMPLEN CON LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO



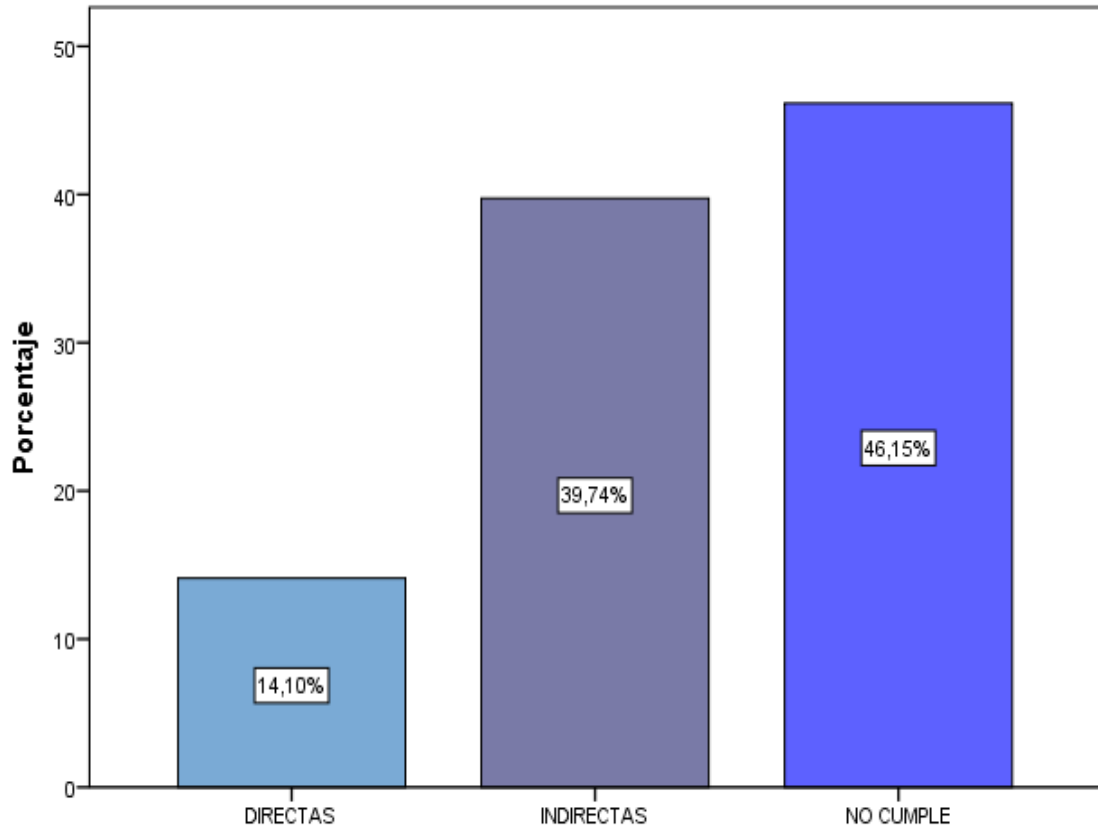
FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Como se observa en el grafico n.- 10 del 100% de diagnósticos de enfermería registrados en la unidad de cuidado intensivo neonatal el 44.8% NO cumple con ninguno de los componentes el 50% de las intervenciones NIC corresponde al conjunto de actividades ante un 5.1% que concierne a las etiquetas NIC.

De acuerdo a la taxonomía NIC debería ir registrado las etiquetas NIC que son el nombre del tratamiento administrado por la enfermera y no así el conjunto de actividades aparecen listadas en el orden lógico en que deberían realizarse para cada intervención, implica los procedimientos a ejecutar.

GRAFICO N.- 11

PROPORCION DE TIPOS DE INTERVENCIONES (NIC) QUE CUMPLEN CON LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

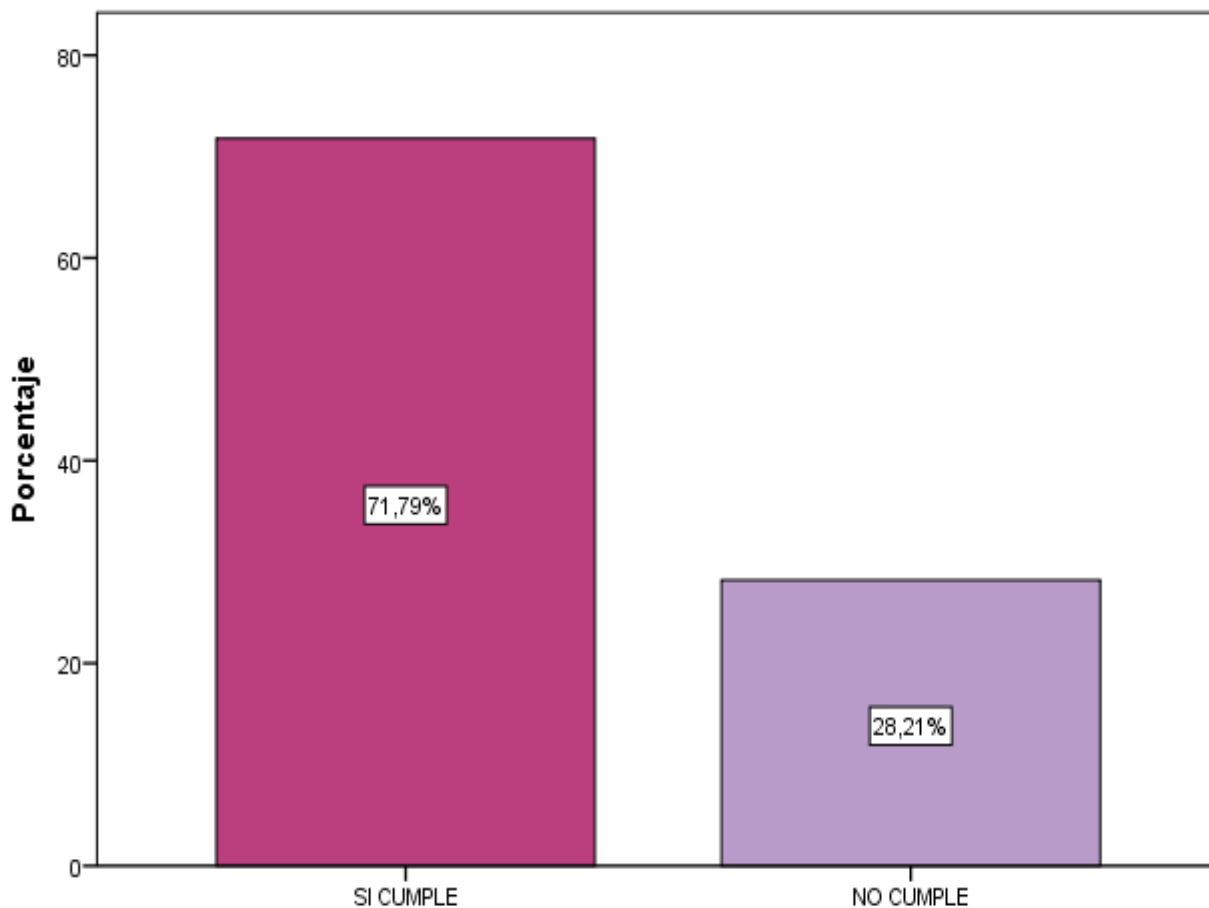


FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

Con relación a las tipos de intervenciones NIC que cumplen con los diagnósticos de enfermería el **46.15% NO CUMPLE CON EL LENGUAJE ESTANDARIZADO** y el 39.74% corresponde a las intervenciones indirectas que van en beneficio de los pacientes y el 14.10% a las intervenciones directas a través de acciones enfermeras con el paciente.

GRAFICO N.- 12

FRECUENCIA DE RESULTADOS NOC QUE CUMPLEN CON LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

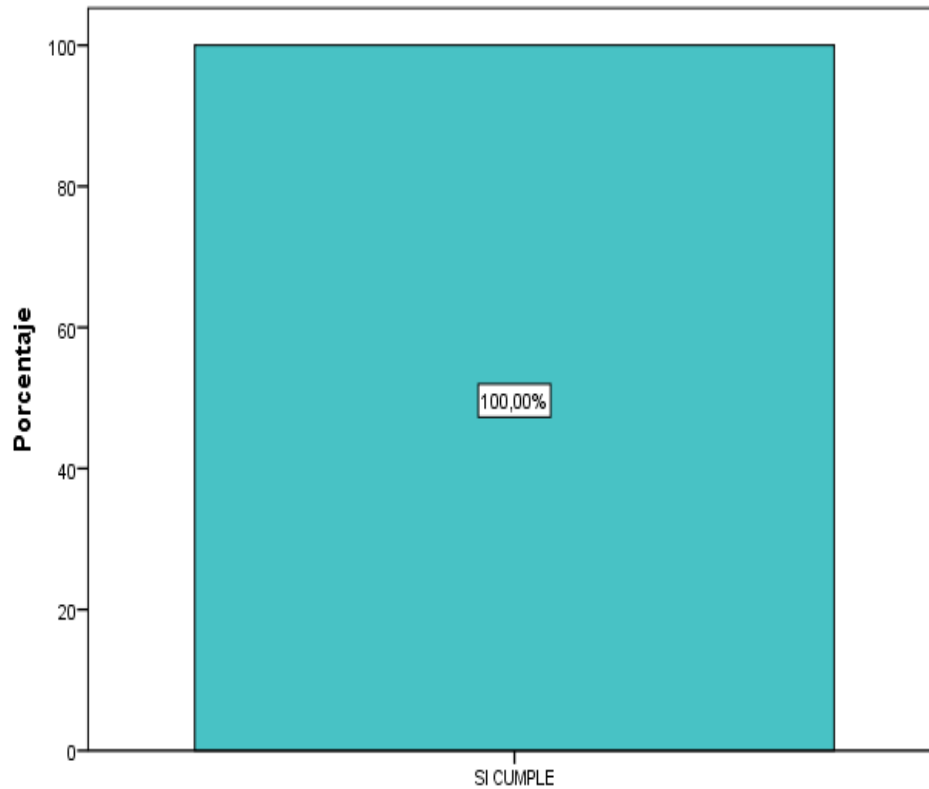


FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

El promedio de resultados NOC que cumplen con los diagnósticos de enfermería son el 71,79% lo que significa que los cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente y el 28,21% no cumplen con la Taxonomía NOC.

GRAFICO N.- 13

**FRECUENCIA DE COMPONENTES NOC PLANTEAMIENTO DE RESULTADOS
QUE CUMPLEN CON LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

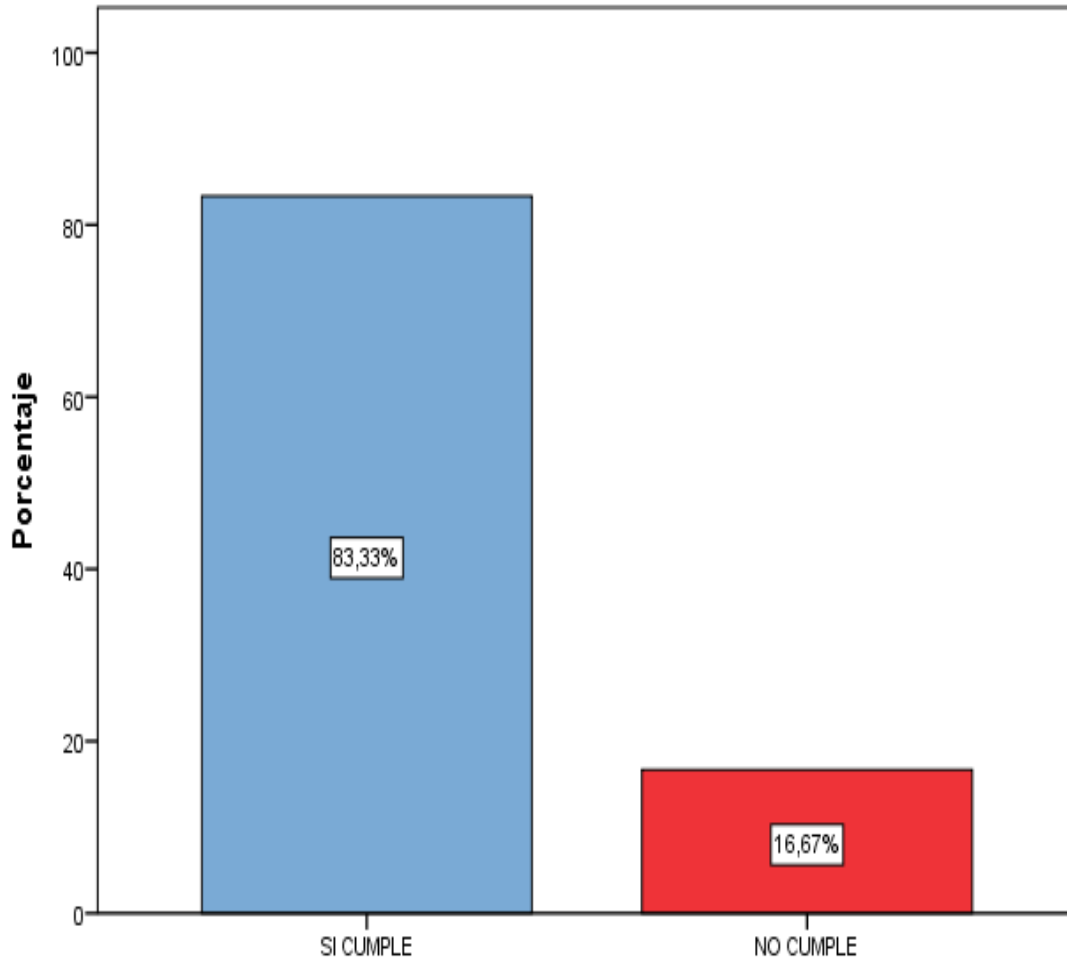


FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

En el grafico n.- 13 se observa que el 100% de los diagnósticos de Enfermería formulados cumplen óptimamente con los objetivos en el planteamiento de los resultados.

GRAFICO N.- 14

FRECUENCIA DE COMPONENTES NOC EN EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES QUE CUMPLEN CON LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

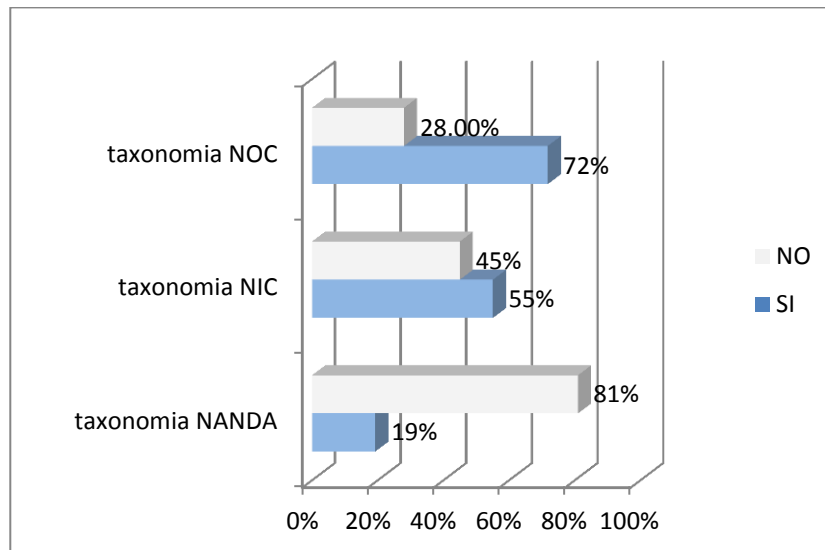


FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

En el siguiente grafico se observa que del 100% de diagnósticos emitidos el 83,3% CUMPLE con el establecimiento de indicadores y el 16,7% NO CUMPLE con todos los diagnósticos de enfermería planteados ya que determina la eficacia de las intervenciones

GRAFICO N. 15

PROPORCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON LA ESTANDARIZACION DE LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO 2014



FUENTE.- registros de enfermería de los expedientes clínicos de la Unidad de cuidados intensivos neonatales 2014

En el cuadro N. 15 se observa que el 81% de los diagnósticos de enfermería NO cumplen con el lenguaje estandarizado de la taxonomía NANDA y en un 45% NO cumple con el lenguaje estandarizado de la taxonomía NIC y en un 28% No Cumplen con la taxonomía NOC.

PROPUESTA TEORICA PARA LA CONFORMACION Y CONSOLIDACION DEL TRABAJO

Se efectúa como propuesta, la elaboración de una guía de manejo de la taxonomía NANDA II NIC NOC de acuerdo a dominios, tomando en cuenta el lenguaje estandarizado de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2012 -2014, los resultados esperados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de Enfermería propuestas por la Nursing Interventions Classification (NIC), ajustadas para cada diagnóstico y resultado esperado

XI. CONCLUSIONES

En la unidad de cuidado intensivo neonatal cumplen con el registro de los diagnósticos de enfermería, pero no plantean adecuadamente el lenguaje estandarizado de la Taxonomía NNN; para etiquetar los Diagnósticos enfermeros, tienen dificultades al enunciarlo al igual que en los factores relacionados, no plantean las características definitorias en ninguno de los casos.

En las intervenciones plantean más el conjunto de actividades que las etiquetas, la evaluación NOC responde al diagnóstico.

Para la realización de la valoración y la taxonomía se necesita la aplicación de una guía de manejo de la taxonomía NANDA NIC NOC.

Como conclusión final, indicar que con este trabajo se continúa una línea de investigación más analítica y menos descriptiva, profundizando en el tema para crear una estrategia de orientación hacia el personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, pienso que la taxonomía nos ayuda a garantizar la continuidad de los cuidados y la coordinación entre el personal de enfermería y nos da la oportunidad de planificar nuestro tiempo.

Actualmente se pone en práctica la utilización del lenguaje estandarizado, facilitando herramientas para llevarlo a cabo además de un mayor conocimiento en la unidad de cuidado intensivo neonatal

XII. RECOMENDACIONES

❖ A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL

Se elabora una propuesta de presentación de una Guía de manejo de la taxonomía NANDA II NIC NOC basado en dominios para su aplicación en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en el cual se utiliza el lenguaje estandarizado de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que permita su difusión, validación y utilización de la clasificación de los diagnósticos de enfermería

❖ AL PERSONAL DE ENFERMERIA

A la unidad de cuidado intensivo neonatal, se plantea utilizar la guía de atención de la taxonomía NANDA II NIC NOC el cual permite una evidente mejora en la actividad profesional al realizar los cuidados de enfermería, a la satisfacción de los usuarios y a la eficacia y eficiencia organizacional demostrando, la trascendencia para el desarrollo del ejercicio profesional.

Se recomienda al personal de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal utilizar el lenguaje estandarizado en un registro semiestructurado como es el SOAPIE existente en el servicio a través de una guía

XIII. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

1. ANIORTE Hernández Nicanor “ desarrollo y evolución NANDA, etiquetas diagnosticas NANDA” Modificado el 13 de enero del 2013 visitado el 22/10/2014 disponible en : ww.aniorte-nic.net/progr_asignat_enfermr.htm
2. ARRIBAS, Cacha Antonio ET AL “El diagnóstico de enfermería” diagnósticos estandarizados de enfermería, pág. 10 segunda edición 2011 FUDEN Madrid, visitado el 20 de agosto del 2015, disponible en: ome.fuden.es/media/docs./26_valores_determinantes_2011.pdf
3. ARRIBAS Cacha A. ET AL “estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación 2009-2011” departamento de metodología e innovación del cuidado (FUDEN) C/ veneras, 9-2da edición 28013 Madrid (en línea) visitado el 22/10/2014 disponible en: ome.fuden.es/...Estudio_descriptivo_analitico_diagnosticos_09_11.p...
4. Bermúdez M.M., Diagnostico de enfermería, teorías de la enfermería, publicado enero 2012 disponible en: <http://maribermudez.blogspot.com/2012/01/diagnostico-de-enfermeria.html>
5. BULECHEK, G.M: Butcher, H.K.; “Clasificación de intervenciones de enfermería NIC” 2009 edit. Elsevier visitado el 1 de octubre del 2015, Disponible en: Elsevier.mx/catalogo/clasificación-de-intervenciones-de-enfermeria-nic
6. CHAPARRO D. L., García U. C., Registros de los profesionales de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, revista de Enfermería, en Colombia, 2003, vol. 6 cap. 4, pag. 16-21, :en línea: visitado

el 20/06/2014 disponible en :
<http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-64/enfermeria6403-registros>.

7. Carvalho da silva, C.M. ET AL, diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura, Enfermería global Mi SciELO versión ON LINE ISSN1695-6141, n.17 Murcia oct. 2009, visitado el 11 de noviembre del 2014, disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300020&script=sci_arttext
8. Carvalho da silva, C.M. ET AL, diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura, Enfermería global Mi SciELO versión ON LINE ISSN1695-6141, n.17 Murcia oct. 2009, visitado el 11 de noviembre del 2014, disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300020&script=sci_arttext
9. Domingo Pozo, Manuela, ET AL "Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero" Enfermería clínica,[internet] Vol. 15 , N.5 publicado el 2005 visitado el 26 de Julio del 2014 Pagina Web rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2693/1/Originales%201478.pdf
10. Desarrollo de las interrelaciones NNN, "Interrelaciones NANDA NIC de los diagnósticos prevalentes en atención especializada" pág. 7 ed. Consejería de salud y servicios sanitarios, año 2010 Asturias, visitado el 22/8/2015, disponible en:
https://www.asturias.es/astursalud/ficheros/AS_formacion/metodología_enfermera/GUIA_NN_INTERACT.pdf

11. Dormic Estela Importancia de los registros de enfermería. Meswve.4^{ta} edición mayo, Chile 2004 fecha de acceso 4 de mayo del 2014]disponible en: www.medwwdcl/enfermeria/Mayo2004/2.act-24k
12. De Oliveira S.P. "identificación y mapeo de los diagnósticos y acciones de enfermería en una unidad de terapia intensiva, revista latino-Am. Enfermagem, vol.19 núm. 4 Ribeirao preto Brasil agosto del 2011 : en línea: visitado el 22/10/2014 disponible en> www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400011
13. Etapa de ejecución del proceso enfermero. *BuenasTareas.com*. Recuperado 08, 2010,visitado el 20/09/2015 disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Etapa-De-Ejecucion-Del-Proceso-Enfermero/639081.html>
14. Fernández B.-Lasquetty B.,Taxonomías, taller de taxonomía enfermera, taxonomías enfermera NANDA, NIC, NOC, WSC, All Rights reserved Copyright 2006, modificado en Octubre del 2010, visitado el 9 de noviembre del 2014,disponible en : http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/importancia_lenguajes.html
15. GARCIA Miñano, Soledad " Entrevista a Linda Juall Carpenito-Moyet" Enfermeria Global n.16 murcia Junio 2009 visitado el 20/6/2015 disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200026&script...de S García Miñano - 2009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200026&script...de%20S%20Garc%20Mi%C3%B1ano%20-%202009)
16. Gonzales C. J., Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de salud laboral. Ejemplos de prescripción enfermera, Medicina y seguridad del trabajo, med. Secur. Trab.(Revista en la Internet), MiSciELO, Diciembre del 2010, vol. 56, n. 221 Madrid- España, visitado el 10 octubre del 2014, Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2010000400008&script=sci_arttext

17. Gonzales C. J., Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de salud laboral. Ejemplos de prescripción enfermera, Medicina y seguridad del trabajo, med. Secur. Trab.(Revista en la Internet), MiSciELO, Diciembre del 2010, vol. 56, n. 221 Madrid- España, visitado el 10 octubre del 2014, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2010000400008&script=sci_arttext
18. GRANERO, Molina José ET AL "Proceso de enfermería:)¿Qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? Scielo, Rev.Esc.Enferm.USP2012, pág. 973-979,visitado el 10/10/2015,` (en línea) disponible en :www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/27.pdf
19. HERDMAN Heather T. "La taxonomía de NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2012-2014 , Pag.29-38, edición Elsevier 2013 España
20. IBARRA Fernández José "Resultados de enfermería NOC aplicado a los cuidados críticos pediátricos y neonatales, actualizado 26/02/2014 visitado el 20/09/2015 disponible en: www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo24/capitulo24.htm
21. LEFEBRE, Alfaro Rosalinda "Relación entre los pasos del proceso enfermero" Aplicación del proceso enfermero Guía paso a paso cuarta edición pag 9-14 ed. Springer España, visitado el 11/09/2015, disponible en: <https://books.google.com.bo/books?isbn=840700197X>
22. Meneses S. ET AL Proceso de atención de enfermería, Universidad Técnica del Norte, UTN [internet], Diciembre 2011 pag. 31-33 visitado el

12 de noviembre del 2014, disponible en:
<https://es.scribd.com/.../PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA>

23. Morales L. S. "Calidad de las notas enfermería en la unidad de Cuidados intensivos Hospital regional Moquegua, año 2011 Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann- Tacna, Tacna Perú , 2012 pag.6-103, : visitado el 18/06/2014 disponible en:
<http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/147>
24. Monste Bernard taxonomías "enfermeras y su aplicación en salud mental" octubre del 2012 visitado el 22 de octubre del 2014 disponible en :
www.acmb.es/files/425-3792-DOCUMENT/bernard-42-8octubre12
25. MENECEs, Pamela "Calidad de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E." Universidad mayor de San Andrés Pág. 43-45 La Paz Bolivia año 2013
26. MORA Heras, Karen Lenguaje estandarizado (NANDA NIC y NOC), visitado el 19 de octubre del 2015, disponible en:
<https://prezi.com/03xhjpktpesb/lenguaje-estandarizado-nanda-noc-y-nic>.
27. NANDA internacional (sede web). Kaukauna:NANDA internacional;2012(actualizada el 16 de abril de 2012, visitado el 22/10/2014 disponible en: <http://www.nanda.org/>
28. MARTINEZ Scarley + , SANTOS María Esther "valoración de cuidados de enfermería a pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en el Instituto de cancerología Cupertino Arteaga, Sucre 2011, Revista Ciencia, Tecnología e innovación, Junio 2013, Volumen 6, numero 7 pag. 407-414, visitado el 10/10/2015, disponible en :
www.usfx/dicyt/images/stories/revista67/vol6_nro7_art1.pdf

29. mPERALTA Ugarte, Julio ET AL “Enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes que cumplen con la taxonomía II en el servicio de medicina del Hospital nacional Arzobispo Loayza” Artículo original visitado el 28/07/2014, disponible en
[:www.upch.edu.pe/faenf/images/.../03%20taxonomia%20ii%20nanda.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/images/.../03%20taxonomia%20ii%20nanda.pdf)
30. RIVERA Romero. “revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009- 2011, revista científica de enfermería, mayo 2013 núm. 6 visitado el 22/10/2014 (en línea) disponible en:
www.recien.scele.org/.../revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf
31. RODRÍGUEZ Q. ET AL Prevalencia de los diagnósticos de enfermería en niños que reciben tratamiento oncológico, Rev. Enfermería Global E.G. (internet), julio 2012, vol., 11 núm. 3, visitado el 1 de Noviembre del 2014, disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.146821>
32. RIVERA R. V. ET AL revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA internacional 2009-2011, Revista científica de enfermería, RECIEN ISSN:1989-6409 N.6 Mayo 2013, visitado el 10 de noviembre del 2014, disponible en:
http://www.recien.scele.org/documentos/num_6_may_2013/revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf
33. RIVERA R. V. ET AL revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA internacional 2009-2011, Revista científica de enfermería, RECIEN ISSN:1989-6409 N.6 Mayo 2013, visitado el 10 de noviembre del 2014, disponible en:
http://www.recien.scele.org/documentos/num_6_may_2013/revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf

34. SOUZA S, Ana P. ET AL, Diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una unidad de terapia intensiva neonatal, Rev. Latino Am. Enfermagem [Internet], marzo-abril 2014 vol. 22 cap. 2, pag.255-261, visitado el 11 de Noviembre del 2014, disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00255.pdf
35. T. heather, Gunn Von Krogh “ la taxonomía II de la NANDA internacional 2012-2014 capítulo 1 visitado el 22/10/2014 disponible en media.axon.es/pdf/92858.pdf.
36. Wikipedia, la enciclopedia libre Diagnostico, visitado el 6 de Julio del 2014, disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Diagnóstico.

XV

ANEXOS

ANEXO Nº 1
NOTA DE SOLICITUD PARA AUTORIZACION

La Paz 27 de Enero del 2015

Senor:
Dr. Federico Gomez
GERENTE MEDICO
HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
Presente

Ref.: Solicitud de permiso para revision de expedientes clinicos de la Unidad De Neonatologia

El motivo de la presente es solicitar permiso para la revision de expedientes clinicos de la Unidad de neonatologia del hospital seguro social universitario de recién nacidos atendidos de junio a diciembre del 2014.

Solicito el permiso para poder realizar el estudio que lleva como titulo **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON LA TAXONOMIA NANDA II EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL** requisito para optar el titulo en la Maestria en Enfermeria en Medicina Critica y Terapia Intensiva en la Universidad Mayor de San Andres.

El estudio aportada a la unidad de neonatologia

Sin otro particular atentamente.

Lic. Rossmery P. Atahuachi Aduviri
C.I. 2450226LP
LIC. ENFERMERA HSSU

rch. Personal

ANEXO N. 2
NOTA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

La Paz 31 de Marzo del 2015

Sra.

Lic. Jahel Vidaurre Prieto

JEFE DE ENFERMERAS

HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Presente

Ref.: APOYO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION “EXPERTO 2”

Yo Lic. Rossmery P. Atahuachi Aduviri identificado con C.I. 2450226L.P. estudiante de la Maestría en Enfermería en Medicina Critica y Terapia Intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés ante usted con el debido respeto me presento y expongo : Que estando realizando el estudio titulado “DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON LA TAXONOMIA NANDA II” en la Unidad de cuidado intensivo Neonatal del Hospital seguro Social Universitario La Paz, solicito la validación de los ítems del instrumento de recolección de datos destacando su experiencia profesional en este campo recurro a su honorable persona para la revisión y análisis de los ítems propuestos cuyo objetivo es “Obtener información acerca de los diagnósticos de enfermería registrados en las hojas de enfermería en los tres turnos de trabajo a partir de junio a diciembre del 2013”.

Sus observaciones y recomendaciones como juez de validación serán de gran ayuda para la elaboración final de nuestro instrumento de estudio.

Agradeciendo de antemano, me despido atentamente.

Lic. Rossmery P. Atahuachi Aduviri
C.I. 2450226LP
ENFERMERA NEONATOLOGIA HSSU

Nota: Se adjunta anexos
Arch. Personal

ANEXO 3

NOTA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

La Paz 31 de Marzo del 2015

Sra.

Lic. Mery Ayala Chura

RESPONSABLE DE NEONATOLOGIA HSSU

MAESTRIA EN TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRITICA

Presente

Ref.: APOYO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION “EXPERTO 2”

Yo Lic. Rossmery P. Atahuachi Aduviri identificado con C.I. 2450226L.P. estudiante de la Maestría en Enfermería en Medicina Critica y Terapia Intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés ante usted con el debido respeto me presento y expongo : Que estando realizando el estudio titulado “DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON LA TAXONOMIA NANDA II” en la Unidad de cuidado intensivo Neonatal del Hospital seguro Social Universitario La Paz, solicito la validación de los ítems del instrumento de recolección de datos destacando su experiencia profesional en este campo recurro a su honorable persona para la revisión y análisis de los ítems propuestos cuyo objetivo es “Obtener información acerca de los diagnósticos de enfermería registrados en las hojas de enfermería en los tres turnos de trabajo a partir de junio a diciembre del 2013”.

Sus observaciones y recomendaciones como juez de validación serán de gran ayuda para la elaboración final de nuestro instrumento de estudio.

Agradeciendo de antemano, me despido atentamente.

Lic. Rossmery P. Atahuachi Aduviri
C.I. 2450226LP
ENFERMERA NEONATOLOGIA HSSU

Nota: Se adjunta anexos
Arch. Personal

ANEXO N. 3-A

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTO

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTO

N .-	PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION	
		SI	NO
1	Considera usted que los ítems planteados cumplen con lo que se intenta medir?		
2	Considera usted que los ítems propuestos son suficientes para el estudio propuesto?		
3	Considera usted que el lenguaje utilizado en el instrumento es claro y sencillo?		
4	Considera usted que la estructura del instrumento planteado es adecuado para el tipo de estudio?		
5	Que aspectos habría que modificar, incrementar o suprimirse para el estudio propuesto?		

Gracias por su colaboración

ANEXO N. 4

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES MAESTRIA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERIA

INSTRUMENTO DE CHEQUEO

“DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA QUE CUMPLEN CON LA TAXONOMIA NANDA II” UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO JUNIO A DICIEMBRE DEL 2014

OBJETIVO.- Obtener información acerca de los diagnósticos de enfermería que cumplen con la taxonomía NANDA II registrados en las hojas de enfermería en los tres turnos de trabajo a partir de Junio a Diciembre del 2014

INSTRUCCIONES.- A Continuación se presenta un listado de preguntas al lado derecho de la hoja marque con una aspa según corresponda

Sí.: si cumple las acciones de lo formulado

No: no cumple las acciones de lo formulado

N	Lista de verificación	cumple	No cumple	100%
1	¿Se registran los diagnósticos de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal?			10%
2	¿Los diagnósticos de enfermería cumplen con la taxonomía NANDA en los registros?			15%
3	¿Los diagnósticos de enfermería emplea en su estructura la etiqueta diagnóstica?			15%
4	¿En el registro de los diagnósticos de enfermería emplea en su estructura el factor relacionado?			10%
5	¿En el registro de los diagnósticos de enfermería emplea en su estructura las características definitorias?			5%
6	¿En la formulación de los diagnósticos de enfermería emplean los dominios?			10%
7	¿En la formulación de la etiqueta diagnóstica se involucra los estados de diagnóstico?			10%
8	¿En los registros de los diagnósticos de enfermería establecen las intervenciones NIC?			5%
9	¿En el registro de los diagnósticos de enfermería establecen los componentes NIC tanto etiquetas como el conjunto de actividades ?			5%

10	¿En el registro de los diagnósticos de enfermería establecen los tipos de intervenciones NIC?			5%
11	¿En los diagnósticos de enfermería establecen los resultados NOC?			5%
12	¿En el registro de los diagnósticos de enfermería involucran a los resultados NOC " Planteamiento de resultados"?			5%
13	¿En el registro de los diagnósticos de enfermería involucran el establecimiento de indicadores NOC?			5%

REPORTE DE ENFERMERIA

<p>MAÑANA FECHA..... S..... O..... A..... P..... L..... E..... VIS. MEDICA. FIRMA.....</p>	<p style="text-align: center;">TARDE</p> <p>FECHA..... S..... O..... A..... P..... L..... E..... VIS. MEDICA. FIRMA.....</p>	<p style="text-align: center;">NOCHE ()</p> <p>FECHA..... S..... O..... A..... P..... L..... E..... VIS. MEDICA. FIRMA.....</p>
<p style="text-align: center;">MAÑANA</p> <p>FECHA..... S..... O..... A..... P..... L..... E..... VIS. MEDICA. FIRMA.....</p>	<p style="text-align: center;">TARDE</p> <p>FECHA..... S..... O..... A..... P..... L..... E..... VIS. MEDICA. FIRMA.....</p>	<p style="text-align: center;">NOCHE ()</p> <p>FECHA..... S..... O..... A..... P..... L..... E..... VIS. MEDICA. FIRMA.....</p>



**SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
GUIA DE LA TAXONOMIA NANDA II NIC NOC
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL**



**LA PAZ – BOLIVIA
AGOSTO 2016**



GUIA DE ATENCION DE LA TAXONOMIA NANDA II NIC NOC

M.Sc. Lic. Adm. Rafael F. Rivero Terán

GERENTE GENERAL

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Dr. Otto Brieguer

GERENTE DE SALUD

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Lic. Antonio Fernández Céspedes

GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Lic. Sonia Apaza R.

JEFE DE EFEMERAS

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

APROBADO POR:

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:.....

Guía de manejo

PROPUESTA: GUIA DE ESTANDARIZACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC PARA EL LOGRO DEL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE UN LENGUAJE ESTANDARIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

LUGAR: Hospital del Seguro Social Universitario

Unidad CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Autor: Lic. Rossmery Pilar Atahuachi Aduviri.

AÑO 2014 – 2015

PRESENTACION

Esta guía está especialmente dirigida al personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo neonatal del hospital Seguro social Universitario como instrumento de consulta para unificar criterios. Su utilidad llega a ser importante en el registro de enfermería en los diferentes turnos

El objetivo esencial consiste en brindar, cuidados oportunos en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para preservar la vida del neonato

Es importante destacar que la guía ha sido elaborado en base a una serie de revisiones bibliográficas ya existentes en otros hospitales de otros países a ello se suma el aporte valioso de las profesionales de Enfermería de la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se presenta para su consideración del Departamento de Enfermería y de las Autoridades de la Institución

INDICE		Pag.
I	Introducción	6
II	Fundamentación	7
III	Objetivos	8
IV	Estandarización de los diagnósticos de enfermería	9
VI	Diagnóstico de enfermería	9
VII	Taxonomía NANDA	9
VIII	Intervenciones NIC	11
IX	Resultados NOC	12
	a. Dominio 1 promoción de la salud	13
	b. Dominio 2 nutrición	14
	c. Dominio 3 eliminación e intercambio	19
	d. Dominio 4 actividad/ reposo	22
	e. Dominio 5 percepción/ cognición	27
	f. Dominio 6 autopercepción	27
	g. Dominio 7 rol/ relaciones	28
	h. Dominio 8 sexualidad	31
	i. Dominio 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés	31
	j. Dominio 10 principios vitales	32
	k. Dominio 11 seguridad/protección	33
	l. Dominio 12 confort	40
	m. Dominio 13 crecimiento/ desarrollo	41
X	BIBLIOGRAFIA	

I. INTRODUCCION

La atención al paciente en el periodo crítico del neonato se inicia en el área de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Ubicado en las instalaciones del quirófano, piso cuatro del Hospital Seguro Social Universitario.

En la Unidad de cuidado intensivo neonatal la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del neonato y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, sin olvidar la atención con capacidad, seguridad y calidez.

Por lo que se pretende elaborar la presente guía, por medio del cual facilite al personal profesional de enfermería contar con algunos apoyos teóricos y de habilidades para respaldar la aplicación de un plan estandarizado de cuidados de enfermería.

II. FUNDAMENTACION

El Hospital del Seguro Social Universitario es parte de una organización hospitalaria y social cuya finalidad es la prestación de servicios terapéuticos, preventivos y de rehabilitación a la población asegurada.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la institución debe contar con una guía de estandarización de diagnósticos de Enfermería que tienen como propósito de facilitar la continuidad de los cuidados y la comunicación, así como evitar la repetición de los datos y proveer que estos pueden ser usados para la investigación, la formación, a través de los diagnósticos de enfermería, que permitan el accionar y mejorar la calidad de atención al neonato crítico.

Por ende, “La Guía de estandarización de diagnósticos de enfermería con el lenguaje estandarizado Taxonomía NANDA II NIC NOC, tiene en su contenido conceptos concisos sobre los diferentes dominios, códigos, clases que permite al personal de enfermería realizar la consulta para el accionar correspondiente.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Proponer un instrumento técnico administrativo: Guía de estandarización de diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NIC NOC en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, con acciones oportunas para el afrontamiento eficaz del paciente.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proponer la : Guía de estandarización de diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NIC NOC la unidad de cuidado Intensivo neonatal
- Esquematizar los Diagnósticos de Enfermería con la taxonomía NANDA II NIC NOC que faciliten el accionar de enfermería el mismo que esté al alcance y accesibilidad del personal de enfermería.
- Aplicar la: Guía de estandarización de diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NIC NOC en la unidad de cuidado Intensivo neonatal

IV. ESTANDARIZACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC

El lenguaje estandarizado supone un instrumento muy útil para la práctica asistencial, reflejan línea de decisión y actuación del personal de enfermería reduciendo la variabilidad en la práctica profesional, estableciendo el nivel adecuado de los resultados esperados e instituyendo guías de actuación para la continuidad de los cuidados.

Para ello es importante utilizar los tres lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nurses Association (ANA): los diagnósticos desarrollados por la NANDA, la clasificación de las intervenciones de enfermería N.I.C. (Nursing Interventions Classification) y los de la Clasificación de resultados de Enfermería N.O.C. (Nursing Outcomes Classification). La relación entre estas clasificaciones es el principal paso para facilitar el uso de estos lenguajes en la práctica, la formación y la investigación.

1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es la segunda etapa del proceso enfermero el cual es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, la familia o la comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales. El diagnostico enfermero facilita la base hacia la selección de intervenciones, para el logro de objetivos donde la profesional de enfermera es responsable según NANDA

2. TAXONOMIA NANDA

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de Enfermería del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los patrones funcionales de salud como base del desarrollo, pasando a

denominarse dominios y para el nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada dominio las clases correspondientes.

4.1. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La formulación de un diagnóstico preciso se basa en la evaluación y documentación de los factores relacionados y las características definitorias, que son críticos para la precisión en los diagnósticos de enfermería, un enfoque que NANDA-I apoya firmemente.

Entonces:

4.2. COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Etiqueta diagnostica
- Factor relacionado
- Características definitorias

4.3 ESTADOS DE DIAGNOSTICO

- **Diagnóstico de enfermería de riesgo.**- Respuesta humana formada por los tres componentes, juicio clínico que describe la mayor vulnerabilidad del individuo.

ETIQUETA DIAGNOSTICA + FACTOR RELACIONADO

Diagnósticos de enfermería reales.- Respuesta humana formada por tres componentes menos las características definitorias

**ETIQUETA DIAGNOSTICA + FACTOR RELACIONADO +
CARACTERISTICA DEFINITORIA**

V. INTERVENCIONES NIC

Se define como una intervención enfermera a “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

Intervención de enfermería indirecta tratamiento realizado si el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes

Ej. Medidas de bioseguridad

Intervención de enfermería directa. Tratamiento realizado directamente con el paciente y/o familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Tanto fisiológicas, psicosociales o de apoyo.

Ej. Colocación de vía periférica

5.1. COMPONENTES DE LA NIC

- **Nombre de etiqueta** es el contenido estandarizado y no deben por tanto modificarse cuando se usa un término NIC para documentar el cuidado.
- **Definición.** significado claro y conciso de la intervención
- **Actividades o cuidados enfermeros** puede ser individualizado mediante la elección de actividades más apropiadas para el individuo, la familia o la comunidad, seleccionadas por la enfermera.
- **Una breve lista de apoyo o Bibliografía.-** para respaldo de lo obtenido

VI. RESULTADOS NOC

Uno de los objetivos de los NOC es el de identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermera y que sean clínicamente de utilidad.

Los criterios de resultado, deben de dar a los profesionales de enfermería la oportunidad de evaluar los resultados que dependen de la práctica enfermera y estos se pueden utilizar en la práctica, en la investigación y en la formación de futuros profesionales.

También se pueden utilizar no solo para evaluar el estado actual si no para identificar el estado que se espera obtener. Se pueden obtener como objetivos a conseguir en los planes de cuidado estándar, protocolos.

Los datos una vez cuantificados, pueden utilizarse para gestionar los resultados, para proporcionar información en la investigación sobre efectividad y eficacia y en la administración de cuidados

6.1. ELEMENTOS DE LOS RESULTADOS ENFERMEROS

- Etiqueta nombre de identificación
- Definición
- Lista de indicadores (evaluar el estado del paciente)
- Referencia bibliográfica

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ESTANDARIZADOS EN LA ATENCION AL NEONATO

DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD

.CLASE 1 TEMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD

CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
<p>00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c conflicto de decisiones de los padres e/p hacen elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud</p>	<p>1603 conducta de búsqueda de la salud 1624 conducta de la salud maternal posparto 1606 participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria</p>	<p>1803 ayuda con los autocuidados: alimentación 2380 manejo de la medicación 6610 identificación de riesgos</p>	<p>Madre logra integrarse en el régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad</p>
<p>00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento individual ineficaz de la madre e/p Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud</p>	<p>1601 conducta de cumplimiento 1602 conducta de fomento de salud 1603 conducta de búsqueda de la salud</p>	<p>4360 modificación de la conducta 5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p>	<p>Los padres intentan buscar ayuda para mantener la salud del bebe Consiguen realizar las actividades de la vida diaria según prescripción</p>
<p>00043 Protección ineficaz de la salud r/c perfiles sanguíneos anormales (leucopenia, trombocitopenia, anemia) c/d inmunidad deficiente</p>	<p>2303 recuperación posterior al procedimiento 1824 conocimiento: cuidados de la enfermedad 0409 estado de coagulación</p>	<p>2314 administración de medicación: intravenosa</p>	<p>Protección contra las infecciones Identificación de riesgos</p>

DOMINIO 2 NUTRICION

CLASE 1 INGESTION

CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
00103 Deterioro de la deglución r/c anomalías de la cavidad orofaríngea e/p incapacidad para vaciar la cavidad oral.	1010 Estado de deglución 1918 prevención de la aspiración	1860 terapia de deglución 6900 succión no nutritiva 3200 precauciones para evitar la aspiración	Atragantamiento, tos, o náuseas Se identifican factores de riesgo
00216 Leche materna insuficiente r/c No parece satisfecho después de la toma del pecho e/p llanto del lactante en la hora posterior a la toma	1000 establecimiento de la lactancia materna (lactante) 1001 establecimiento de la lactancia materna (madre) 1002 mantenimiento de la lactancia materna 1800 conocimiento lactancia materna 1003 lactancia materna destete	1054 ayuda en la lactancia materna 5244 asesoramiento en la lactancia materna 6870 supresión de la lactancia	La madre logra conseguir entender la técnica de lactancia y brinda adecuadamente al bebé
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado	1004 estado nutricional 1006 peso: masa corporal 1000 establecimiento de la lactancia materna: lactante	1054 ayuda en la lactancia materna 5244 asesoramiento en la lactancia 803 ayuda con los autocuidados: alimentación 1050 alimentación 1160 monitorización nutricional 5614 enseñanza: dieta prescrita 5246 asesoramiento nutricional 1080 sondaje gastrointestinal	Se realizan exámenes adicionales en busca de causas indicadas por la parte médica Tono muscular Administración de líquidos IV peso

		1056 alimentación enteral por sonda 1874 cuidados de la sonda gastrointestinal 1260 manejo del peso 1100 manejo de la nutrición 1200 administración de la nutrición parenteral total 1120 terapia nutricional 4200 terapia intravenosa	
00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas	1009 estado nutricional: ingestión de nutrientes 1802 conocimiento: dieta 1627 conducta de pérdida de peso	1100 manejo de la nutrición 5246 asesoramiento nutricional 1160 monitorización nutricional 5614 enseñanza: dieta prescrita	Se regula la cantidad de nutrientes Control del peso corporal
00163 Disposición para mejorar la nutrición r/c Aporte adecuado de líquidos.	1009 estado nutricional 1008 estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1100 manejo de la nutrición 5246 asesoramiento nutricional 1160 monitorización nutricional 5614 enseñanza: dieta prescrita 1120 terapia nutricional	Se regula la cantidad de nutrientes Ingestión de líquidos Se controla peso corporal
00003 Riesgo de desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades r/c Patrones alimenticios disfuncionales	1008 estado nutricional 1006 peso: masa corporal	1160 monitorización nutricional 5614 enseñanza: dieta prescrita 1100 manejo de la nutrición 5246 asesoramiento nutricional	Balance hídrico Administración de líquidos

00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c Incapacidad para coordinar la succión la deglución y la respiración e/p prematuréz	1500 lazos afectivos padre – hijos 1800 conocimiento lactancia materna 0602 hidratación 1010 estado de deglución	1054 ayuda en la lactancia materna 5244 asesoramiento de la lactancia materna 6900 succión no nutritiva 4120 manejo de líquidos	se realiza masoterapia de succión y deglución se mantiene con vía periférica almacena leche de forma apropiada
---	---	--	--

CLASE 4 metabolismo

00194 Ictericia neonatal r/c edad del neonato de 1 a 7 días y patrón de alimentación mal establecido c/d coloración de piel amarillo anaranjada	0118 adaptación del recién nacido 0601 equilibrio hídrico 1001 establecimiento de la lactancia materna: madre 2211 ejecución del rol de padres 0118 adaptación del recién nacido 0501 eliminación intestinal 1006 peso: masa corporal	6924 fototerapia neonatal 4130 monitorización de líquidos 1052 alimentación por biberón 1054 ayuda en la lactancia materna 5568 educación paterna: niño 6482 manejo ambiental: confort 7710 colaboración con el médico. 8060 transcripción de ordenes 7920 documentación 8140 informe de turno 2390 prescribir medicación 7460 protección de los derechos del paciente	Disminuir la concentración de bilirrubina Las entradas y salidas diarias están equilibradas El peso corporal estable Satisfacción con el proceso de la lactancia Expresa satisfacción con el rol de padre Respuesta a estímulos
00230 Riesgo de ictericia neonatal r/c Retraso en la eliminación de heces meconio.	0118 adaptación del recién nacido	6924 fototerapia continua	Resultados de laboratorio menor a 10mg/dl la bilirrubina total
00178 Riesgo de	1924 Control de riesgo: proceso	6540 Control de infecciones	Pruebas de laboratorio

deterioro de la función hepática r/c Medicamentos hepatotóxicos.	infeccioso 1608 control de síntomas 1808 conocimiento: medicación 0307 autocuidado: medicación no parenteral	2380 manejo de la medicación 4120 manejo de líquidos 1570 manejo del vomito 1400 manejo del dolor 2300 administración de la medicación 4360 modificación de la conducta	Vía periférica permeable
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c Nivel de desarrollo	1820 conocimiento control de la diabetes 1902 control de riesgo 1602 conducta de fomento de la salud	1100 manejo de la nutrición 2120 manejo de la hiperglucemia 2130 manejo de la hipoglucemia 6610 identificación de riesgos	Uso correcto de la medicación prescrita Se realiza control de glucemia capilar Se encuentra dentro de límites aceptables
Clase 5 Hidratación			
00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c residuo gástrico.	0600 equilibrio electrolítico y ácido base	2000 manejo de electrolitos 4120 manejo de líquidos 2020 monitorización de electrolitos 4130 monitorización de líquidos	Entradas y salidas diarias equilibradas Peso corporal estable
00160 Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos r/c Diuresis adecuada en relación con la ingesta	0600 equilibrio electrolítico y ácido base	2000 manejo de electrolitos 4120 manejo de líquidos 2020 monitorización de electrolitos 4130 monitorización de líquidos	Entradas y salidas diarias equilibradas Peso corporal estable
00027 Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos e/p fracaso de los	0002 Equilibrio electrolítico y ácido base 0601 equilibrio hídrico 0602	0080 monitorización de signos vitales. 4180 manejo de hipovolemia 4120 Manejo de líquidos	Entradas y salidas diarias equilibradas Peso corporal estable Paciente

mecanismos reguladores	hidratación 0600 equilibrio electrolítico y acido base	2080 Manejo de líquidos y electrolíticos. Manejo y monitorización acido base. 0460 Manejo de la diarrea. 4130 monitorización de líquidos	mantendrá buen estado de hidratación Ausencia de irritabilidad neuromuscular Membranas y mucosas húmedas
00026 Exceso de volumen de líquidos r/c Aumento de peso en un corto periodo de tiempo c/d aportes superiores a las perdidas	0601 equilibrio hídrico 0602 hidratación 0600 equilibrio electrolítico y acido base	4120 manejo de líquidos 4130 monitorización de líquidos 6680 Monitorización de signos vitales 6650 Vigilancia	Entradas y salidas diarias equilibradas Peso corporal estable
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c Perdida excesiva de líquidos a través de vías anormales. Ej. Catéteres permanentes.	0501 eliminación intestinal. 0602 hidratación 1002 mantenimiento de la lactancia materna 0601 Equilibrio hídrico	4120 manejo de líquidos 0460 manejo de la diarrea 4130 monitorización de líquidos 2080 manejo de líquidos y electrolitos	Entradas y salidas diarias equilibradas Peso corporal estable
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c Cirugía abdominal	0600 equilibrio electrolítico y acido base 0601 equilibrio hídrico 0413 severidad de la pérdida de sangre 0414 estado cardiopulmonar	4130 Monitorización de líquidos 4120 manejo de líquidos 4200 terapia intravenosa 2080 manejo de líquidos y electrolitos 6680 monitorización de los signos vitales 3350 monitorización respiratoria 4180 manejo de hipovolemia 6540 cuidados del	Entradas y salidas diarias equilibradas Peso corporal estable Edema disminuido Signos vitales estables durante el turno

		drenaje torácico 4010 prevención de hemorragia	
--	--	---	--

—

—

DOMINIO 4 ACTIVIDAD / REPOSO

CLASE 1 SUEÑO/REPOSO			
CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
00198 Trastorno del patrón de sueño r/c Administración de terapias, controles pruebas de laboratorio e/p cambios en el patrón normal de sueño	0003 descanso 1214 nivel de agitación 0004 sueño	5880 técnica de relajación 1850 mejorar el sueño 6482 manejo ambiental: confort 1400 manejo del dolor 1480 masaje 1460 relajacion muscular progresiva	Se logra calidad de descanso, se mantiene una nutrición adecuada Duerme toda la noche
00096 disminución del gasto cardiaco r/c alteración del ritmo y frecuencia cardiaca c/d bradicardia, fatiga, prolongación del tiempo de llenado capilar	0414 estado cardiopulmonar 0405 perfusión tisular: cardiaca	4040 cuidados cardiacos 4150 regulación hemodinámica 2380 manejo de la medicación 6680 monitorización de los signos vitales 4200 terapia intravenosa 4235 cuidados de la vía venosa 4090 manejo de la disritmia	Paciente se encuentra bajo monitoreo continuo, al momento estable termodinamicamente
CLASE 2 ACTIVIDAD/ EJERCICIO			
00085 Deterioro de la movilidad física r/c Retraso en el desarrollo.	0203 posición corporal inicial 204 consecuencias de la inmovilidad fisiológica	740 cuidado en el reposo en cama 200 fomento del ejercicio Aplicación de masajes sobre áreas vulnerables Intolerancia a la actividad.	Se coordina con terapia física para estimulación temprana Se coloca de un costado a otro costado.
CLASE 3 EQUILIBRIO DE LA ENERGIA			
00093	0002	0180 Manejo de al	Se logra calidad

<p>Fatiga r/c estrés e/p Letargo.</p>	<p>conservación de la energía 0007 nivel de fatiga 0004 sueño</p>	<p>energía 1850 Mejorar el sueño 1100 Manejo de la nutrición 5244 Asesoramiento en la lactancia 5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p>	<p>de descanso, se mantiene una nutrición adecuada</p>
CLASE 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/ PULMONARES			
<p>00029 Disminución del gasto cardiaco r/c volumen de eyección m/p alteración de la precarga, pos carga y contractibilidad</p>	<p>0413 severidad de la pérdida de sangre 0408 perfusión tisular: pulmonar 0404 perfusión tisular: órganos abdominales 0406 perfusión tisular: cerebral 0405 perfusión tisular: cardiaca</p>	<p>4260 prevención del shock 4120 monitorización hemodinámica 3350 Monitorización respiratoria 1911 manejo acido base : acidosis metabólica 2620 monitorización neurológica 4180 manejo de la hipovolemia 4090 manejo de la arritmia 6680 monitorización de los signos vitales</p>	<p>Hemorragia posoperatoria Palidez de membranas y mucosas Disminución de hemoglobina Disminución del hematocrito Frecuencia respiratoria Saturación de oxígeno Ritmo respiratorio Diuresis Equilibrio hidroelectrolítico y acido base Nivel de conciencia disminuido</p>
<p>0092 Intolerancia a la actividad r/c Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.</p>	<p>00005 tolerancia a la actividad 0007 nivel de fatiga</p>	<p>00180 manejo de la energía 06680 monitorización de los signos vitales 4310 terapia de actividad 1850 mejorar el sueño</p>	<p>La frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad Presión arterial sistólica en respuesta a la actividad</p>

			Presión arterial diastólica en respuesta a la actividad
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad r/c Problemas respiratorios.	00005 tolerancia a la actividad	00180 manejo de la energía 06680 monitorización de los signos vitales	La frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad Presión arterial sistólica y diastólica en respuesta a la actividad
00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios c/d aleteo nasal, uso de los músculos accesorios	0403 estado respiratorio ventilación 0410 estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	3350 monitorización respiratoria 3140 manejo de las vías respiratorias 6680 monitorización de los signos vitales 3180 manejo de las vías aéreas artificiales 3320 oxigenoterapia 3390 ayuda a la ventilación 3300 ventilación mecánica no invasiva	Frecuencia respiratoria Dificultad respiratoria Utilización de los músculos accesorios
00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz r/c Hemorragia gastrointestinal aguda.	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas 1015 función gastrointestinal	4180 manejo de la hipovolemia 4022 disminución de la hemorragia: gastrointestinal 6200 cuidados de emergencia 4260 prevención del shock	Perímetro abdominal alterado Resíduo gástrico borracio Se mantiene en NPO
00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz r/c	0404 perfusión tisular : órganos abdominales	4180 manejo de la hipovolemia 4260 prevención del	Paciente continua con hematuria o mantiene

Hipovolemia.	504 función renal	shock 6550 protección contra las infecciones 6200 cuidados de emergencia 6680 monitorización de signos vitales	adecuada perfusión renal Creatinina..... Saturación..... Mantiene volumen urinario de 2ml/hora
00204 Perfusión tisular periférica ineficaz r/c Tiempo de llenado capilar mayor a 3 ''.	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas	4180 manejo de la hipovolemia 4260 prevención de shock 4020 disminución de la hemorragia	Paciente con color y temperatura de la extremidad dentro de lo normal Buen llenado capilar Pulso pedio presente
00201 riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c disminución del flujo arterial y venoso intracraneal	406 perfusión tisular: cerebral 912 estado neurológico: conciencia	6200 cuidados en la emergencia 6550 protección contra las infecciones 4020 disminución de la hemorragia 2620 monitorización neurológica 3320 oxigenoterapia 2550 mejorara la perfusión cerebral	Mejorará perfusión tisular paulatinamente Mejorará el estado de conciencia y se disminuirá la hipoxia cerebral Función neurológica no comprometida Paciente evidencia funciones vitales estables Saturación mayor a 85%
00228 Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c disminución del aporte sanguíneo a los tejidos periféricos	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas 407 perfusión tisular. Periférica	4180 manejo de la hipovolemia 6550 protección contra las infecciones 1400 manejo del dolor	Paciente con color y temperatura de la extremidad dentro de lo normal Mantendrá un adecuado nivel de oxigenación

			periférico
00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca r/c deterioro del transporte de oxígeno, hipovolemia	0405 perfusión tisular: cardiaca 0408 mejorar perfusión tisular pulmonar	3390 ayuda a la ventilación 4040 cuidados cardiacos 4254 manejo del shock cardiaco 2660 manejo de la sensibilidad periférica 3320 administración de oxigeno 3180 manejo de la vía aérea artificial 4040 cuidados cardiacos 4260 prevención del shock	Paciente mantiene durante el turno una adecuada perfusión tisular cardiaca y pulmonar
00034 Respuesta ventilatoria disfuncional al destete r/c antecedentes de múltiples fracasos en el intento de destete c/d fatiga, secreciones audibles en la vía aérea.	0402 estado respiratorio: intercambio gaseoso 0403 estado respiratorio: ventilación	6680 monitorización de los signos vitales 3350 monitorización respiratoria 3390 ayuda en la ventilación 3160 aspiración de vías aéreas 3320 oxigenoterapia 3180 manejo de la vía aérea artificial 3310 destete de la ventilación mecánica 5340 presencia	Se realiza masoterapia respiratoria Secreciones menos audibles Parámetros gasométricos aceptables
00033 Deterioro de la ventilación	0415 estado respiratorio 0402 estado	3140 manejo de la vía aérea 3320 oxigenoterapia	Paciente mantiene intercambio

espontanea r/c Disminución de la saturación de oxígeno.	respiratorio: intercambio gaseoso 0403 estado respiratorio: ventilación	3550 monitorización respiratoria 1910 manejo acido base	gaseoso adecuado Valores gasométricos dentro de parámetros aceptables
--	---	--	--

CLASE 5 AUTOCUIDADOS

00102 Déficit de autocuidado: alimentación r/c incapacidad para llevar los alimentos a la boca e/p Deterioro neuromuscular	300 autocuidados: actividades de la vida diaria 0303 autocuidados : comer 1010 estado de deglución	1803 ayuda con la alimentación 1860 terapia de deglución 1100 manejo de la nutrición	Deglute la comida
00108 déficit de autocuidados: higiene-baño r/c lactante menor	0300 cuidados personales y actividades de la vida diaria 305 autocuidado: higiene 1804 conocimiento: conservación de la energía 00301 autocuidados : baño	1670 cuidados del cabello 1660 cuidados de los pies 1801 ayuda con autocuidados: baño higiene 6480 manejo ambiental 6654 vigilancia seguridad	Se proporciona ayuda en el aseo
00109 Déficit de autocuidado: vestido r/c lactante menor	0305 autocuidado higiene Mantener aseado al neonato durante el turno	O801 ayuda con los autocuidados ; baño / higiene 1640 de los oídos	Neonato queda aseado. Se realiza baño en tina

DOMINIO 5 PERCEPCION Y COGNICION

CLASE 1 ATENCION

CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVOS (NOC) P	INTERVENCIONES (NIC) I	RESULTADOS (NOC) E
Clase 4 Cognición			
00161 Disposición para mejorar los conocimientos (los padres)	1609 conducta terapéutica	5618 enseñanza procedimiento y tratamiento 5602 enseñanza de proceso de	Los padres mejoran el nivel de conocimiento de la enfermedad del neonato

		enfermedad	
00126 conocimientos deficientes r/c falta de información de medidas sanitarias para el cuidado de la salud	1609 conducta terapéutica	5618 enseñanza procedimiento y tratamiento 5602 enseñanza de proceso de enfermedad	Los padres se encuentran informados sobre el proceso de enfermedad del neonato

DOMINIO 6 AUTOPERCEPCION

CODIGO DIAGNOSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCIONES (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
00118 trastorno de la imagen corporal/c tratamiento de la enfermedad c/d presencia de un tumor	1200 imagen corporal	5220 potenciación de la imagen corporal 5270 apoyo emocional	Se logra la adaptación de cambios en el aspecto físico

DOMINIO 7 ROL/RELACIONES

CLASE 1 ROLES DEL CUIDADOR

CODIGO DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION (NOC)
00061 Cansancio del rol del cuidador r/c Preocupación por los cuidados habituales c/d inquietud por los cuidados que recibirá la persona	2506 salud emocional del cuidador principal 2507 salud física del cuidador principal	7040 apoyo al cuidador principal 5606 enseñanza individual 8100 derivación 7110 fomentar la implicación familiar 5270 apoyo emocional	Ausencia de apoyo social percibido Carga percibida Satisfacción con la vida
00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c Nacimiento prematuro.	1302 afrontamiento de problemas 1604 participación en actividades de ocio	7040 apoyo al cuidador principal 5606 enseñanza individual 8100 derivación 5240 asesoramiento 7110 fomentar la implicación familiar 5430 grupo de apoyo 5360 terapia de entretenimiento	Factores estresantes referidos por el cuidador Ausencia de apoyo social percibido Verbaliza sensación de control Participación de actividades en diferentes al

			trabajo habitual
<p>00104 Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimientos c/d Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.</p>	<p>1000 establecimiento de la lactancia materna 1001 establecimiento de la lactancia materna: madre 1002 mantenimiento de la lactancia materna 1800 conocimiento de la lactancia materna</p>	<p>1054 ayuda en la lactancia materna 5244 asesoramiento en la lactancia materna 6870 supresión de la lactancia 6900 succión no nutritiva 1160 monitorización nutricional 1100 manejo de la nutrición 1054 ayuda en la lactancia materna</p>	<p>Succión y colocación de la lengua correctamente Deglución durante un mínimo de 5 a 10 minutos Comodidad de la posición durante la alimentación</p>
<p>00106 Disposición para mejorar la lactancia materna r/c Patrones de comunicación madre- lactante adecuada c/d el niño parece satisfecho después de las tomas</p>	<p>1001 establecimiento de la lactancia materna 1002 mantenimiento de la lactancia materna 1800 conocimiento de la lactancia materna 1500 lazos afectivos padre- hijos</p>	<p>1054 ayuda en la lactancia materna 5244 asesoramiento en la lactancia materna 1100 manejo de la nutrición 6900 succión no nutritiva</p>	<p>La madre demuestra la habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna</p>

<p>00105 Interrupción de la lactancia materna r/c Prematuridad.</p>	<p>1001 establecimiento de la lactancia materna (madre) 1002 mantenimiento de la lactancia materna 1500 lazos afectivos padres – hijos 1800 conocimiento de la lactancia materna</p>	<p>1052 alimentación por biberón 5244 Asesoramiento en la lactancia materna 6870 supresión de la lactancia 1100 manejo de la nutrición</p>	<p>Se almacena la leche de la madre de forma apropiada</p>
<p>00056 Deterioro parental r/c depresión c/d Conocimientos deficientes sobre el mantenimiento de la salud del niño.</p>	<p>1302 afrontamiento de problemas 1501 ejecución del rol 1500 lazos afectivos padre - hijo 1819 conocimiento: cuidados del lactante 2211 ejecución del rol de padres 2600 afrontamiento de los problemas de la familia</p>	<p>5230 aumentar el afrontamiento 5240 asesoramiento 5244 asesoramiento en la lactancia 6820 cuidados del lactante 8300 fomentar la paternidad</p>	<p>Protección afectiva al neonato</p>
<p>00057 Riesgo de deterioro parental r/c Nacimiento prematuro.</p>	<p>1500 lazos afectivos padres – hijo 1302 afrontamiento de problemas 1500 lazos afectivos padre – hijo 1501 ejecución del rol 1819 conocimiento: cuidados del lactante 1902 control de riesgo 2211 ejecución del rol de padres 2600 afrontamiento de problemas</p>	<p>6820 cuidados de canguro del niño prematuro 8300 fomentar la paternidad 5370 potenciación de roles 7110 fomentar la implicación familiar 6710 fomentar el acercamiento 6880 cuidados de canguro (del niño prematuro) 6481 manejo ambiental: proceso de acercamiento</p>	<p>Los padres sonrían y hablan al lactante Los padres mantienen al lactante seco, limpio y caliente</p>

	familiares	5820 disminución de la ansiedad	
CLASE 2 RELACIONES FAMILIARES			
00060 interrupción de los procesos familiares r/c cambio en los roles familiares	2600 afrontamiento de los problemas de la familia 2602 funcionamiento de la familia	5230 aumentar el afrontamiento 5240 asesoramiento 7110 fomentar la implicación familiar 7140 apoyo a la familia	Implica a la familia en la toma de decisiones Se adapta a crisis inesperadas normalización de la familia
CLASE 3 DESEMPEÑO DEL ROL			
00055 desempeño inefectivo del rol de padres r/c estrés	1500 lazos afectivos padres – hijos 2211 ejecución del rol de padres 1819 conocimiento: cuidados del lactante 1302 afrontamiento de problemas 1501 ejecución del rol	5460 contacto 6710 fomentar al acercamiento 6820 cuidados de mama canguro 8300 fomentar la paternidad 5370 potenciación de roles 5230 aumentar el afrontamiento 5240 asesoramiento 5480 clarificación de valores	Los padres sonríen y hablan al lactante. Los padres consuelan y tranquilizan al lactante Verbaliza atributos positivos al niño

DOMINIO 8 SEXUALIDAD

CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
CLASE 3 REPRODUCCION			
0208 Disposición para mejorar el	1302 afrontamiento de problemas 1500 lazos afectivo	1054 ayuda en la lactancia materna 6710 fomentar el	La madre reconoce los factores de riesgo

proceso de maternidad r/ c muestra técnicas apropiadas para la alimentación del lactante	padre – hijo 1501 ejecución del rol 1819 conocimiento: cuidados del lactante 2211 ejecución del rol de padres	acercamiento 6820 cuidados del lactante	Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido Proporcionar los consejos necesarios en los diferentes niveles de desarrollo
--	---	---	---

DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASE 1			
CODIGO DIAGNOSTICO A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
CLASE 2			
RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO			
00136 Duelo r/c anticipación de la pérdida de una persona significativa c/d alteración en el nivel de actividad	1304 resolución de la aflicción 2600 afrontamiento de los problemas de la familia 1302 afrontamiento de problemas 2608 resistencia familiar	5290 facilitar el duelo 5270 apoyo emocional 5340 presencia 7040 apoyo al cuidador principal 7140 apoyo a la familia 5230 aumentar el afrontamiento 5290 facilitar el duelo 5250 apoyo en la toma de decisiones	Expresa sentimientos y emociones sobre la pérdida Tolera la separación cuando son necesarias
00146 ansiedad de los padres r/c percepción de amenaza en el estado de salud del niño c/d signos que denotan nerviosismo y preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales	1302 afrontamiento de problemas 1402 control de la ansiedad	5230 aumentar el afrontamiento 5820 disminución de la ansiedad 7310 cuidados de enfermería al ingreso 5610 enseñanza pre quirúrgica	Los padres adoptan conductas para reducir el estrés Se utiliza estrategias de superación afectivas con los padres
Clase 3			
ESTRÉS NEUROCOMPORTAMENTAL			

00116 Conducta desorganizada del lactante r/c Movimientos descoordinados. Cambios en el color de la piel. c/d Prematuridad. Inmadurez del sistema neurológico.	1301 adaptación del niño a la hospitalización	6480 manejo ambiental 5460 contacto 1850 mejorar el sueño	Mantenimiento de la relación padre - hijo
00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante r/c procedimientos invasivos e/p llanto incontrolable	0120 desarrollo infantil 1301 adaptación del niño a la hospitalización	1850 Mejorar el sueño 6480 Manejo ambiental	Hace señales de incomodidad
00117 Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante	1301 adaptación del niño a la hospitalización	6480 manejo ambiental 5460 contacto 1850 mejorar el sueño	Mantenimiento de la relación padre - hijo

DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES

CLASE 3 CONGRUENCIA ENTRE VALORES, CREENCIAS/ACCIONES

CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
00079 Incumplimiento de los padres r/c No asistencia a las visitas concertadas c/ d evidencia de desarrollo de complicaciones	1601 conducta de cumplimiento 1609 conducta terapéutica enfermedad o lesión 1700 creencias sobre la salud	2130 manejo de la hipoglucemia 2120 manejo de la hiperglucemia 4470 ayuda en la modificación de sí mismo 5240 asesoramiento 5440 aumentar los sistemas de apoyo 7110 fomentar la	Se logra coordinar con la madre con el plan terapéutico de promoción de la salud Solicita una visita personal con el profesional de salud cuando es necesario

		implicación familiar	
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual de los padres r/c expresión de falta de aceptación	1201 esperanza 2001 salud espiritual 2002 bienestar personal 2000 calidad de vida	4470 ayuda en la modificación de sí mismo 4460 ayuda para el control del enfado 5250 apoyo en la toma de decisiones 5230 aumentar el afrontamiento 5420 apoyo espiritual	Expresión de confianza Expresión de optimismo Expresión de creencia en sí mismo

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION

CLASE 1 INFECCION

CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	0702 estado inmune 1902 control de riesgo 1102 curación de la herida	2300 administración de medicación 6520 análisis de la situación sanitaria 6550 protección contra las infecciones 6650 vigilancia 7690 interpretación de datos de laboratorio 6540 control de infecciones 2440 mantenimiento de dispositivos de acceso venoso periférico 0083 cuidados del sitio de incisión 1876 cuidados del catéter urinario 1870 cuidado del drenaje 1872 cuidados de drenaje torácico 3583 cuidados de la piel: zona de injerto 3582 cuidados de la piel : zona donante 3440 cuidados del sitio de incisión	Control de riesgo se sigue las estrategias estado de control de riesgo: respiratorio estado genitourinario temperatura corporal integridad cutánea

CLASE 2 LESION FISICA			
<p>00036 Riesgo de asfixia r/c Procesos patológicos o lesiones.</p>	<p>0403 estado respiratorio : ventilación 1918 control de aspiración</p>	<p>0840 cambio de posición 2300 administración de medicación 3120 intubación y estabilización de vías aéreas 3140 manejo de las vías aéreas 3180 manejo de las vías aéreas artificiales 3200 precauciones para evitar la aspiración 3230 fisioterapia respiratoria 3350 monitorización respiratoria 3390 ayuda en la ventilación 5628 enseñanza: seguridad infantil 6680 manejo de los signos vitales</p>	<p>Se encuentra vías aéreas permeables Elimina secreciones posterior a la fisioterapia</p>
<p>00039 Riesgo de aspiración r/c Aumento del volumen gástrico residual.</p>	<p>1918 Control de la aspiración. 1010 estado de deglución 1918 prevención de la aspiración</p>	<p>3140 manejo de la vía aérea. 3200 precauciones para evitar la aspiración. 3160 aspiración de la vía aérea, 1860 terapia de deglución</p>	<p>Vía aérea libre de secreciones Vía aérea permeable.</p>
<p>00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c traumatismos, inmovilización, fracturas</p>	<p>0212 movimiento coordinado Tono muscular Tensión muscular 0407 perfusión tisular: periférica 0914 estado neurológico: función sensitiva/ motora 1908 detección de riesgo</p>	<p>0226 terapia de ejercicios: control muscular 0844 cambios de posición: neurológico 2660 manejo de la sensibilidad periférica alterada 3590 vigilancia de la piel 4064 cuidados circulatorios (dispositivo de ayuda mecánica)</p>	<p>Paciente queda con extremidad afectada con sensibilidad conservada, pulso presente</p>

		6680 monitorización de los signos vitales 4066 cuidados circulatorios : insuficiencia venosa 4062 cuidado circulatorio: insuficiencia arterial	
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c Sustancias químicas. Extremos de edad. Humedad. Hipertermia. Hipotermia. e/p destrucción de las capas de la piel alteración de la superficie de la piel	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas	3590 vigilancia de la piel 3660 cuidados de las heridas 3540 prevención de úlceras por presión 0840 cambio de posición 1100 manejo de la nutrición 3520 cuidados de las úlceras por presión 3661 cuidados de las heridas: quemaduras 3660 cuidado de las heridas 4130 monitorización de líquidos	Se ejerce medidas encaminadas a proteger la integridad cutánea durante el turno
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la perfusión tisular . radiación . hipertermia	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas 1004 estado nutricional 1902 control de riesgo Piel sana libre de secreciones	3590 vigilancia de la piel 6680 monitorización de los signos vitales. 3584 cuidados de la piel: tratamiento tópico 4130 monitorización de líquidos 4120 manejo de líquidos	Mantener la integridad cutánea durante el periodo de inmovilidad Paciente no presentara zonas de presión.
00044 Deterioro de la integridad tisular r/c exceso de líquidos c/d lesión por destrucción tisular (cornea, membranas	1103 curación de la herida por segunda atención 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas	0480 cuidados de ostomía 3520 cuidados de úlcera por presión 3590 vigilancia de la piel 3660 cuidado de las heridas 3540 prevención de las úlceras por presión	Mantener equilibrio hídrico Paciente conserva la tonicidad muscular durante el turno

mucosas, tejido integumentario o subcutáneo		6490 prevención de caídas	
00035 riesgo de lesión r/c actividad convulsiva	1913 estado de seguridad 1908 detección del riesgo	6610 identificación de riesgos 6580 sujeción física 6486 prevención de lesiones	Paciente queda sin daño físico durante las seis horas de trabajo Coteja los riesgos percibidos
00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia	0204 consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	3540 prevención de úlceras por presión 3590 vigilancia de la piel 6482 manejo ambiental: confort 6486 manejo ambiental : seguridad 6654 vigilancia: seguridad	Paciente durante el turno queda libre de lesiones físicas en áreas de presión
00031 Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c secreciones abundantes en los bronquios c/d cambio en el ritmo respiratorio	0410 estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias 0403 estado respiratorio: ventilación 1918 prevención de la aspiración	7310 cuidados al ingreso 3140 manejo de la vía aérea 3160 aspiración de la vía aérea. 3350 Monitoreo respiratorio. 3180 manejo de las vías aéreas artificiales 1400 manejo del dolor 3230 fisioterapia respiratoria 840 cambio de posición	Capacidad de eliminar secreciones Mantener vía aérea permeable durante el turno Disminuye la taquipnea en un 80% Piel tibia No cianosis
00045 deterioro de la mucosa oral r/c vesículas o nódulos , reducción de la saliva c/d patología de base	01100 higiene bucal 0308 autocuidados: higiene bucal	1720 fomentar la salud bucal. 1730 restablecimiento de la salud bucal 1710 mantenimiento de la salud bucal	Se mantiene la integridad de la mucosa oral
00100 Retraso en la recuperación quirúrgica r/c	1102 curación de la herida por primera intención 2102 nivel de dolor	0480 cuidados de la ostomía 1160 monitorización nutricional	Se realiza la curación, tejido en cicatrización zona no

<p>infección posoperatoria de la Zona quirúrgica e/p evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica (por ej. Enrojecimiento, induración)</p>		<p>2300 administración de medicación 3660 cuidados de las heridas 3440 cuidados del sitio de incisión 3584 cuidados de la piel 3590 vigilancia de la piel 1400 manejo del dolor</p>	<p>enrojecida</p>
<p>00206 Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (cirugía)</p>	<p>0413 severidad de la pérdida de sangre 1902 control de riesgo 1908 detección de riesgo</p>	<p>4160 control de hemorragias 4020 disminución de la hemorragia 4010 prevención de hemorragias 6680 monitorización de signos vitales 2920 precauciones quirúrgicas 2870 cuidados pos anestesia</p>	<p>Durante el turno se controla el sangrado Signos vitales dentro de parámetros aceptables Se cumple con prescripción medica</p>
<p>00205 Riesgo de shock r/c hipovolemia, hipoxemia, infección</p>	<p>0413 severidad de la pérdida de sangre 0600 equilibrio electrolítico y acido base 0703 severidad de la infección 0802 signos vitales 1908 detección de riesgo</p>	<p>4258 actuación ante el shock: volumen 4160 control de hemorragias 3320 oxigenoterapia 2870 cuidados pos anestesia 3350 monitorización respiratoria 4010 prevención de hemorragias 4020 disminución de la hemorragia 4120 manejo de líquidos 4130 monitorización de líquidos 4180 manejo de la hipovolemia 4250 manejo de shock 4260 prevención de shock</p>	<p>El aporte sanguíneo durante el turno se estabiliza Llenado capilar mejora.</p>

		6610 identificación de riesgos 6680 monitorización de los signos vitales	
00156 Riesgo de síndrome de muerte súbita al lactante r/c prematuridad	0414 estado cardiopulmonar	6890 control del recién nacido 6650 vigilancia 5294 facilitar el duelo: muerte perinatal 3350 monitorización respiratoria 4040 cuidados cardiacos	Durante el turno estable Monitoreo continuo
00213 Riesgo de traumatismo vascular r/c tipo de catéter	407 perfusión tisular periférica	6650 vigilancia 4220 cuidados de catéter central insertado periféricamente	Durante el turno hay un adecuado flujo de líquidos a través del catéter Piel intacta
CLASE 3 VIOLENCIA			
00181 Contaminación r/c factores externos) sustancias químicas	1608 control de síntomas 2103 severidad de los síntomas 0802 signos vitales	6650 vigilancia 6610 identificación de riesgos 6486 manejo ambiental: seguridad 6480 manejo ambiental 1080 sondaje gastrointestinal 4150 regulación hemodinámica 2005 manejo de electrolitos: hiperfosfatemia	Comienzo de los síntomas Intensidad de los síntomas Control de los síntomas Persistencia de síntomas Temperatura corporal Frecuencia cardiaca Frecuencia respiratoria Llenado capilar menor a dos segundos Flujo urinario mayor a 1ml/hora
00180 Riesgo de contaminación r/c por factores	1608 control de síntomas	6650 vigilancia 6610 identificación de riesgos 4150 regulación	Control de los síntomas

externos		hemodinámica 6486 manejo ambiental 6654 vigilancia: seguridad 3590 vigilancia de la piel	
CLASE 5 PROCESOS DEFENSIVOS			
00218 Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	1608 control de síntomas	6610 identificación de riesgos 6680 monitorización de los signos vitales 6650 vigilancia 4130 monitorización de líquidos 6680 monitorización de los signos vitales	Se mantiene bajo monitorización continua de signos vitales
CLASE 6 TERMORREGULACIÓN			
00007 Hipertermia r/c Aumento de la temperatura corporal por encima de la temperatura corporal.	0800 termorregulación 0802 signos vitales	3740 tratamiento de la fiebre 6650 vigilancia 6840 cuidados del niño prematuro 6680 monitorización de los signos vitales	Paciente queda con temperatura de 36,7 grados centígrados
00006 Hipotermia r/c Cianosis de los lechos unguiales.	0800 termorregulación 0802 signos vitales	3800 tratamiento de la hipotermia	Paciente queda con temperatura de 36,8 oC
00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c Enfermedad que afecta a la regulación de la temperatura.	0801 termorregulación: recién nacido 0602 hidratación 0800 termorregulación 1922 control de riesgo : hipertermia 1923 control de riesgo: hipotermia	6680 Monitorización de los signos vitales 3900 Regulación de la temperatura 2300 administración de la medicación 3740 tratamiento de la fiebre 6840 manejo ambiental	Paciente queda a febril, hidratado Se modifica el entorno vital para controlar la temperatura corporal
00008 Termorregulación ineficaz r/c temperatura ambiental	0800 Termorregulaci ón: recién nacido 0602 hidratación	6680 Monitorización de los signos vitales 3900 Regulación de la temperatura 2300 administración de	Paciente se halla afebril después de efectivizar medios físicos

fluctuante/ enfermedad / inmadurez		la medicación	
--	--	---------------	--

DOMINIO 12 CONFORT

CLASE 1 CONFORT FISICO

CODIGO DIAGNOSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	EVALUACION (NOC) E
00214 Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad, llanto	2102 nivel de dolor 2101 dolor: efectos nocivos 2109 nivel de malestar 2008 estado de comodidad 2009 estado de comodidad: entorno 2010 estado de comodidad: física 1204 equilibrio emocional	5240 asesoramiento 5440 aumentar los sistemas de apoyo 1380 aplicación de calor o frio 1800 ayuda al autocuidado	Muestra un estado de ánimo sereno Entorno tranquilo Control de síntomas Movilidad física alterada
00132 Dolor agudo r/c Comportamiento de defensa; protección c/d postura para evitar el dolor, mascara facial	1306 dolor respuesta. 1605 control del dolor 2102 nivel de dolor	1400 manejo del dolor 6482 manejo ambiental confort 2210 administración de analgésicos 1460 relajación muscular progresiva 1380 aplicación de calor o frio	Se utiliza medidas de alivio no analgésicas Se utiliza los signos de alerta para pedir ayuda Se reconoce factores causales

CLASE 2 CONFORT DEL ENTORNO

00214 Disconfort r/c irritabilidad a Estímulos ambientales nocivos	2102 nivel de dolor 2109 nivel de malestar 2008 estado de comodidad 2009 estado de comodidad: entorno 2010 estado de comodidad: física	5240 asesoramiento 5440 aumentar los sistemas de apoyo	Sueño fisiológico
--	---	---	-------------------

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CLASE 1 CRECIMIENTO			
CODIGO DIAGNOSTICO NANDA A	OBJETIVO (NOC) P	INTERVENCION (NIC) I	RESULTADO (NOC) E
00113 riesgo de crecimiento desproporcionado r/c Trastornos congénitos y genéticos	0110 crecimiento 1006 peso: masa corporal 1004 estado nutricional	1260 manejo del peso 1120 terapia nutricional 1056 alimentación enteral por sonda 5246 asesoramiento nutricional 1874 cuidados de la sonda gastrointestinal	Control de peso diario
00111 retraso en el crecimiento y desarrollo r/c cuidados inapropiados	0110 crecimiento	1160 monitorización nutricional 1260 manejo de peso 1120 terapia nutricional 0180 manejo de energía 6402 apoyo en la protección contra abusos: niños 6610 identificación de riesgos	Control de peso Diaria Control de talla
CLASE 2 DESARROLLO			
00111 retraso en el crecimiento y desarrollo r/c prematurez c/d no incremento de peso	1006 peso: masa corporal 1004 terapia nutricional	1260 manejo de peso 1120 terapia nutricional 1240 ayuda para ganar peso 1803 ayuda en el autocuidado: alimentación	Desarrollo físico y cognitivo
00112 riesgo de retraso en el desarrollo r/c prematurez	0120 desarrollo infantil: 1 mes 0117 adaptación del prematuro	8250 cuidados del desarrollo 7710 colaboración con el medico 7920 documentación 8140 informe de turno 7370 planificación del alta 2390 prescribir medicación 7460 protección de los derechos del paciente.	Se inicia estimulación temprana

BIBLIOGRAFIA

- a) ROYO Vera Begoña. Memoria "Plan de cuidados estandarizado en cuidados paliativos: necesidades espirituales, Universidad Zaragoza pág. 18-19 visitado el 10 de octubre del 2015 disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/14119/files/TAZ-TFG-2014-352.pdf>
- b) YULYARIAS NANDA NIC NOC " Plan de cuidados NANDA 00066 sufrimiento espiritual visitado el 10 de octubre del 2015, disponible en: <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=314898fb6dcl7ba2aa5b1a90c31f81992078062d>
- c) NANDA NIC NOC " Todo sobre las taxonomías NANDA NIC NOC año abril 2013 visitado el 11 de octubre del 2015 disponible en: todonandaninicnoc.blogspot.com/.../diagnosticos-nanda-consumo-de-drogas
- d) BERNAL Herrera Pedro ETAL "Plan de cuidados estandarizado para pacientes de nefrología pediátrica " Servicio de nefrológica pediátrica, Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla pág. 157-160 visitado el 11 de octubre del 2015, disponible en: scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n2carta2.pdf
- e) Cortez Gloria, Castillo Francisca. Guía para aplicar Proceso de Enfermería, Taxonomía N.N.N. NANDA N.IC. N.O.C. Registro sistematizado S.O.A.P.I.E. 4ta. Ed. Lima Perú 2008.
- f) Amaya de Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, María de Jesús; Villamizar Carvajal, Beatriz. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Visitado el 9 de Octubre del 2015 2013] Disponible en:<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php>

- g) JHONSON Marion ET AL "NOC y NIC vinculados al diagnóstico enfermero"
Vinculo NIC y NOC a NANDA I y diagnósticos médicos, sección 2.2 pag. 45-65
edición tercera 2012 Elsevier, España
- h) ARAUJO; Calvo Ma. De las Mercedes, Rodríguez Gómez Teresa Manual NIC
para enfermería Guadalajara 2011 visitado 10de octubre del 2015, disponible
en: www.codem.es/Adjuntos/.../manual_NIC_Enfermeria_AP.pdf2ago.2006

