

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



**CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA
S.O.A.P.I.E. POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX,
GESTIÓN 2017**

TUTOR: Lic. M.Sc. INÉS PELÁEZ MARISCAL

POSTULANTE: LIC. CARMEN ROSA CHOQUE ORAQUENI

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

LA PAZ- BOLIVIA

2019

DEDICATORIA

A mi querido hijo Matías I. Contreras Choque, por ser mi inspiración en la vida para seguir adelante.

A mis padres que me alientan desde el cielo, para seguir adelante con las actividades que emprendo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque me dio la vida y salud, por haberme guiado en todo momento y lograr la conclusión del estudio.

A la Lic. Inés Peales Mariscal, por apoyo y predisposición en el proceso de elaboración de este trabajo de investigación.

A las Autoridades del Instituto Nacional Tórax, por su colaboración en el proceso de la investigación.

A mi familia por el apoyo incondicional que día a día me brindaron con el silencio y la comprensión.

A mi compañera y amiga Lic. Mónica Flores con mucho cariño por su colaboración incondicional.

RESUMEN

Los registros de Enfermería basados en el SOAPIE, como método sistemático orientado al problema o necesidades de la persona o paciente.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional del Tórax, con el **objetivo** de evaluar el cumplimiento del registro enfermero SOAPIE, de acuerdo a las normas internacionales. La metodología de tipo descriptivo de corte transversal con un enfoque cuantitativo. El universo conformado por 310 registros enfermeros de los pacientes internados en unidad de terapia intensiva del INT, durante la gestión 2017; con una muestra de 176 registros enfermeros de tipo probabilístico finito, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria simple, se aplicó una guía de observación validada por expertos profesionales en el área, cuenta con 21 ítems con un valor ya determinado y subdivididos en estructura y contenido. Los resultados exponen que el 85% tiene un cumplimiento mínimo con la aplicación del formato estructurado SOAPIE y el 13% no cumple, y solo el 2% cumple, en relación a la formulación de diagnósticos NANDA el 93% no cumple, y el 7% tiene un cumplimiento mínimo, respecto al registro del NOC el 65% no cumple y el 14% tiene un cumplimiento mínimo, y apenas el 1% cumple, en cuanto a las etiquetas NIC el 85% no cumple y el 15% tiene un cumplimiento mínimo, la evaluación en base a la etiqueta NOC el 70% no cumple y el 30% tiene un cumplimiento mínimo.

PALABRAS CLAVE: Registro de Enfermería, Normas Internacionales, taxonomía NANDA, NOC, NIC.

ABSTRACT

Nursing records based on the SOAPIE, as a systematic method oriented to the problem or needs of the person or patient.

The present study was carried out in the Intensive Therapy Unit of the Institute National del Thorax, with the objective of evaluating compliance with the SOAPIE nurse registry, in accordance with international standards. The methodology of descriptive type of cross section with a quantitative approach. The universe conformed by 310 nursing registers of the patients hospitalized in intensive care unit of the INT, during the 2017 administration; with a sample of 176 nurses of finite probabilistic type, which were selected in a simple random manner, an observation guide validated by professional experts in the area was applied, it has 21 items with a determined value and subdivided in structure and content. The results show that 85% have a minimum compliance with the application of the SOAPIE structured format and 13% do not comply, and only 2% comply, in relation to the formulation of NANDA diagnoses 93% does not comply, and 7 % has a minimum compliance, with respect to the NOC registration 65% does not comply and 14% has a minimum compliance, and only 1% complies, in terms of NIC labels 85% does not comply and 15% has compliance minimum, the evaluation based on the NOC label 70% does not comply and 30% has a minimum compliance.

KEYWORDS: Nursing Registry, International Standards, NANDA NOC taxonomy NIC.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
2.1 Antecedentes históricos.....	4
2.1.1 Estudios realizados a nivel internacional en relación con la presente investigación.....	4
2.1.2 Estudios a nivel nacional.....	9
2.1.3 Estudios a nivel departamental.....	10
2.1.4 Estudios a nivel Local.....	12
III. JUSTIFICACIÓN	13
IV. MARCO TEÓRICO.....	14
4.1 Marco histórico de la calidad en salud a nivel internacional.....	14
4.2 Antecedentes de la calidad en bolivia.....	15
4.3 Marco legal en bolivia, capítulo segundo – derechos fundamentales (CPE). 16	
4.4 Marco administrativo	16
4.4.1 Calidad.....	16
4.4.2 Gestión de Calidad.....	16
4.4.3 Doctrina de la Calidad	16
4.4.4 Enfoques para abordar la evaluación de la calidad.	17
4.4.5 Calidad de atención en salud	17
4.4.6 Dimensiones de la Calidad en Salud.....	18
4.4.7 Propósito De La Evaluación	21
4.5 Calidad de las anotaciones de enfermería.....	21
4.5.1 Consideraciones para un buen registro de calidad.....	22
4.6 Registro de enfermería	23
4.7 Finalidad de los registros de enfermería.....	24
4.8 Características de las notas de enfermería.....	24
4.9 Propósito de las anotaciones de enfermería.....	24
4.10 Importancia de los registros.....	25
4.10.1 Valor legal.....	25

4.10.2	Valor Científico.....	25
4.11	Criterios en la elaboración de las anotaciones de enfermería.....	26
4.12	Utilidad de los registros de enfermería	27
4.13	Normas que la joint commission on accreditation of healthcare organizations (J.C.A.H.O.) establece para la documentación en enfermería	27
4.13.1	Normas de la JCAHO:.....	28
4.14	Modelo de anotaciones de enfermería.....	28
4.14.1	Tipos de registros de enfermería.....	28
4.15	Normas para los registros de enfermería S.O.A.P.I.E.....	33
4.16	Registros de instrumentos técnico administrativos	34
4.16.1	Expediente Clínico.	35
4.16.2	Componentes del Expediente Clínico.....	35
4.17	Indicador de calidad de atención de enfermería	36
4.17.1	Proceso atención de enfermería (P.A.E.)	36
4.17.2	Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	36
4.18	North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA)	37
4.18.1	Taxonomía II de NANDA- I, Internacional 2015 – 2017	38
4.19.1	Sistema Multiaxial para construir conceptos diagnósticos.	40
4.19.2	Tipos de Diagnostico.....	40
4.19.3	Componentes de los diagnósticos enfermeros NANDA: [52].....	42
4.19.4	Formulación de enunciados diagnósticos. [3].....	42
4.20	Fase de planificación [3].....	43
4.21	Ejecución o intervención.....	43
4.21.1	Tipos de intervenciones de enfermería.....	44
4.22	Evaluación.....	45
4.22.1	TAXONOMIA NOC (Nursing Outcomes classification) clasificación de resultados de enfermería (CRE)	46
4.23	Definición semántica	47
4.23.1	Definición Proceso Enfermero.....	47
4.23.2	Lenguaje estandarizado de enfermería	47
4.23.3	Que es NANDA internacional	48
4.23.4	Definición de Taxonomía.....	48

4.23.5	Taxonomía Enfermería.....	48
4.23.6	Diagnóstico de enfermería	48
4.23.7	Etiqueta diagnostica	48
4.23.8	Factores relacionados	48
4.23.9	Características definitorias.....	48
4.23.10	Intervenciones NIC.....	49
4.23.11	Conjunto de actividades NIC	49
4.23.12	Norma	49
4.23.13	Unidad de terapia intensiva	49
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	50
VI.	PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	52
VII.	OBJETIVOS	53
7.1	Objetivo general	53
7.2	Objetivos específicos.....	53
VIII.	DISEÑO METODOLÓGICO	54
8.1	Area de estudio	54
8.2	Tipo de estudio.....	54
8.3	Universo de estudio.....	54
8.4	Muestra	54
8.5	Criterios de inclusión y exclusión.....	55
8.5.1	Criterio de Inclusión.....	55
8.5.2	Criterio de Exclusión	56
8.6	Delimitación temporal	56
8.7	Variables	56
8.7.1	Variable dependiente	56
8.7.2	Variable independiente.....	56
8.7.3	Parámetros para medir el cumplimiento de la calidad de los registros enfermeros	56
8.8	Operacionalización de variables	57
8.9	Técnica e instrumento	59
8.10	Proceso de la investigación	59
IX.	CUESTIONES ÉTICAS	61

X. RESULTADOS.....	62
XI. DISCUSIÓN	83
XII. CONCLUSIONES.....	86
XIII.RECOMENDACIONES	87
XIV. BIBLIOGRAFIA	88
XV. ANEXOS.....	93
XVI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag
GRAFICO N° 1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS GENERALES.....	63
GRAFICO N° 2. PORCENTAJE DE REGISTROS QUE RESPETA EL FORMATO DE LA HOJA.....	64
GRAFICO N° 3. PORCENTAJE DE REGISTROS SEGÚN LETRA LEGIBLE Y CLARA	65
GRAFICO N° 4. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REGISTROS SEGÚN NORMA INSTITUCIONAL, USO DE COLOR DE BOLIGRAFO.....	66
GRAFICO N° 5. PORCENTAJE DE REGISTROS CON ANOTACIONES COMPLETAS	67
GRAFICO N° 6. PORCENTAJE DE REGISTROS SEGÚN ABREVIATURA ESTANDARIZADO.....	68
GRAFICO N° 7. PORCENTAJE DE REGISTROS QUE NO UTILIZAN CORRECTOS	69
GRAFICO N° 8. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REGISTROS SEGÚN RESPONSABLE DE ATENCIÓN	70
GRAFICO N° 9. PORCENTAJE DE REGISTROS SEGÚN FORMATO ESTRUCTURADO (SOAPIE).....	71
GRAFICO N° 10. PORCENTAJE DE REGISTROS QUE LLEVAN DATOS SUBJETIVOS.....	72
GRAFICO N° 11. PORCENTAJE DE REGISTROS QUE LLEVAN DATOS OBJETIVOS.....	73
GRAFICO N° 12. PORCENTAJE DE REGISTROS DE DIAGNOSTICO ENFERMERO SEGÚN ETIQUETA NANDA	74
GRAFICO N° 13. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REGISTRO SEGÚN PERTINENCIA DEL DIAGNOSTICO ENFERMERO.....	75

GRAFICO N° 14. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REGISTRO SEGÚN NOC. DE OBJETIVOS	76
GRAFICO N° 15. PORCENTAJE DE REGISTROS EN LA PLANEACIÓN DE CUIDADOS SEGÚN PRIORIDAD	77
GRAFICO N° 16. PORCENTAJE DE REGISTROS CON LAS ETIQUETAS NIC.	78
GRAFICO N° 17. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REGISTROS SEGÚN PRIORIDAD Y RELACIONADAS CON NIC.	79
GRAFICO N° 18. PORCENTAJE DE REGISTROS DE ACTIVIDADES SEGÚN DIAGNOSTICO IDENTIFICADO	80
GRAFICO N° 19. PORCENTAJE DE REGISTROS SEGÚN ETIQUETA NOC	81
GRAFICO N° 20. PORCENTAJE DE REGISTROS SEGÚN RELACIÓN CON ETIQUETA NOC DE RESULTADOS	82

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag
ANEXO N° 1. TABLA DE CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES DEL REGISTRO ENFERMERO SEGÚN DIMENCIÓN DE ESTRUCTURA Y CONTENIDO.	94
ANEXO N° 2. PROPUESTA DE HOJA CRITICA CON EL FORMATO SISTEMATIZADO S.O.A.P.I.E. Y TAXONOMIA NANDA, NOC Y NIC.	146
ANEXO N° 3. NOTA DE SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	147
ANEXO N° 4. SOLICITUD ACEPTADA PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	148
ANEXO N° 5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	149
ANEXO N° 6. SOLICITUD DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	151

I. INTRODUCCIÓN

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería es un método conocido como Proceso enfermero (P.E.) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de Enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita atención de salud reciba los mejores cuidados por parte de Enfermería. [1]

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 de riesgo de la salud. [1]

El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un indicador unico, que necesita atenciones de enfermeria enfocadas especificamente a el y no solo a su enfermedad. [1]

El desarrollo del trabajo en enfermeria se realiza a través de la aplicación del proceso enfermero, instrumento con carácter científico que evidencia la ciencia de la profesión que incluye la valoración, el diagnostico enfermero, la planificación, el establecimiento de objetivos, las intervenciones y la evaluación. [2]

El uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, 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 [3]

Los registros de Enfermeria con SOAPIE, (Subjetivos, Objetivos, Análisis, Plan, Intervención y Evaluación), es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, tiene un valor fundamental en el sistema de salud, y es un atributo que resulta como consecuencia de varios

elementos que están condicionados por la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de hechos esenciales que ocurren al paciente las 24 horas del día, tomadas por la enfermera y las respuestas del paciente, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. [3]

Revisando estudios similares a nivel internacional existe variedad de estudios referentes al presente estudio; en México el 85% de los registros enfermeros son llenados con suma rigurosidad. En Chile el 89% de los registros presentan los datos necesarios y pertinentes del paciente. [4] En Tacna- Perú las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad [5]

En Bolivia existen estudios relacionados a la presente temática, el estudio de Quispe del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Pediatría, enero-junio 2009, tuvo como objetivo establecer la calidad de registros de enfermería, los resultados evidenciaron que el 100 % no ejecutó el diagnóstico de enfermería, clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) y la Clasificación de los resultados de enfermería (NOC); en cuanto a la hoja de enfermería el 100 % no registró de acuerdo al Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación (S.O.A.P.I.E.); y el 52 % no cumple con escribir con letra legible y ortografía correcta, el 54 % presentó borradores y correcciones. [6]

El estudio de Meneses en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales en el periodo de enero-abril de 2012 que tuvo como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados, mostró que el 45% de los registros cumple con un adecuado registro. [7]

El estudio de Atahuachi del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, realizado de junio- diciembre 2014; con el objetivo de estandarizar los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NIC

NOC en los registros de enfermería, 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. [8]

En el caso del Instituto Nacional de Tórax en la Unidad de Terapia Intensiva existen un estudio realizado en la gestión 2014 – 2015; con el objetivo analizar la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático de S.O.A.P.I.E. en el registro de enfermería. Los resultados muestran que los registros de enfermería son membretados adecuadamente, una cantidad importante de los registros se encuentran con borrones, se hace uso de rádex con mucha frecuencia. Además, no se observa el registro de la valoración de los datos subjetivos y menos de los registros objetivos. En un 80% no se registra la valoración metabólica ni la infecciosa. [9]

El presente trabajo tiene el propósito de evaluar el cumplimiento del registro enfermero de acuerdo a las normas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2017.

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. [10]

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. 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. [11]

2.1.1 Estudios realizados a nivel internacional que tienen estrecha relación con la presente investigación.

Bravo A. Aramiz M. (Arequipa – Perú 2018), estudio realizado **“Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería- C.S.J.D de Arequipa, 2017”**. El estudio realizado fue de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacionar. La población de estudio estuvo conformada por 58 enfermeras(os) que laboran en los diferentes servicios de la Clínica; el método utilizado

fue la encuesta y la observación, como técnica la entrevista y el levantamiento documental y como instrumentos una ficha individual para la clasificación de la población, el cuestionario sobre Nivel de conocimientos del modelo SOAPIE para el profesional de enfermería y una lista de cotejo para verificación de la “calidad de las notas de enfermería, la cual tuvo como propósito identificar la calidad de las anotaciones de enfermería, midiendo ambas, cada una de sus preguntas con escalas ordinales de Bueno, Regular y Malo. Se concluye que los conocimientos de las enfermeras acerca del modelo SOAPIE en el aspecto general es regular con un 72,4% y en el ámbito específico con un 51,7% y que la aplicación del SOAPIE en un caso clínico se muestra buen nivel con un 46,6%, obteniéndose una calificación global, (específicamente aspectos del SOAPIE) regular en un 67,2% y una calificación total 70,7% de manera regular. La calidad de las anotaciones de enfermería es óptima con un 63,2% seguido de una calidad regular en un 33,3%. [12]

Quispe P. Elizabeth (Lima – Perú 2017) estudio realizado “**Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2016**”, concluyeron que el 55,0% de las notas de enfermería tienen regular calidad en su registro, el 80,0% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 97,0% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). Estudio realizado de tipo cuantitativa y de corte transversal descriptiva; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería, la población estuvo conformada por 63 historias clínicas correspondientes al II semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. [13]

Aguilar C. Edith E. (Lima – Perú 2017), estudio realizado “**Anotaciones, que hablan por ti**” en los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería según el modelo SOAPIE en los servicios de hospitalización del Hospital II Vitarte, Lima, 2015, concluyeron que el Programa Educativo mejoró el nivel de conocimientos sobre las anotaciones de enfermería en el modelo SOAPIE de los profesionales en enfermería, incrementando el promedio de calificación antes y después de la intervención de 20.75 a 24.92 puntos, asimismo, mejoró el nivel de

actitudes de 47.17 a 48.75 puntos y mejoró la práctica de las anotaciones de enfermería, incrementando el promedio de puntuación de 6.33 a 10. Estudio de enfoque cuantitativo; diseño pre experimental antes y después, de corte longitudinal; su objetivo fue determinar la efectividad del programa “Anotaciones, que hablan por ti” en los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería; los participantes fueron 24 profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización de Medicina, Pediatría, Cirugía y Unidad de Vigilancia Intensiva; a quienes se les aplicó tres tipos de instrumentos de recolección de datos, un cuestionario para medir conocimientos, la escala de actitudes tipo Likert y la guía de observación práctica. [14]

Ruiz, M. y Guamantica, S. (Ecuador – Quito 2015), estudio de investigación realizado sobre **"Factores determinantes de la calidad de los informes de enfermería en la unidad de terapia intensiva del hospital Quito No 1. Primer trimestre del año 2015"**, concluyeron que de las 18 enfermeras encuestadas la mayoría conoce el modelo SOAPIE y el PAE pero el 100% de los informes son de tipo "Narrativo e informativo" y de la evaluación de la calidad de los informes de enfermería en cuanto a estructura un (67% a 82%) reporta que la calidad de información es buena, sin embargo no se registran de manera oportuna y adecuada. Su objetivo fue identificar los factores determinantes de la calidad de los informes de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva, con un diseño de estudio descriptivo y transversal, utilizando como instrumentos, un cuestionario aplicado a 18 enfermeras y una Matriz de evaluación de calidad aplicado a una muestra de 100 informes de enfermería. [15]

Quino, L. (Puno – Perú 2014) estudio realizado sobre, **“Conocimiento y actitud sobre notas de enfermería modelo SOAPIE en Enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón**, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento y la actitud de la enfermera, sobre notas de enfermería modelo SOAPIE. El estudio fue de tipo descriptivo y diseño correlacionar, con una población de estudio de 34 enfermeras utilizándose como instrumento el cuestionario estructurado y el test de actitud con escala de Likert. Los resultados obtenidos fueron que el 50% de las enfermeras poseen conocimiento regular sobre notas de enfermería modelo SOAPIE, y solo 38% tiene conocimiento bueno, predominando este en presentación e

identificación de quien realiza las notas y conocimiento deficiente acerca de la estructura y finalidad del SOAPIE. [16]

Morales Loayza S. (Tacna – Perú 2012), estudio realizado **“Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Regional Moquegua 1º Semestre año 2011”** se concluyeron fue un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al primer semestre, se aplicó una lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cron Bach y coeficiente de correlación. Se llegó a las siguientes conclusiones, las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). [17]

Chaparro L. García (Colombia - 2012), estudio realizado **“Registros del profesional de enfermería como evidencia para la continuidad del cuidado”**, Entre las conclusiones más importantes tenemos: “Los registros de mayor uso son la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería y órdenes médicas, que no demuestran la continuidad del cuidado por datos incompletos en la hoja de medicamentos, y no permiten a todos los profesionales saber la fecha de inicio y terminación del medicamento, esta deficiencia obstaculiza la planeación del cuidado de enfermería que controle y mitigue posibles complicaciones ya que se pierde la evolución del paciente en cuanto a las respuestas que se pudieran generar frente al tratamiento recibido. La ausencia de otros registros como el kárdex, recibo o entrega de turno, historia de enfermería, disminuyen la aplicación del proceso de enfermería y por este motivo no se evidencia la continuidad del cuidado, sumándose la disminución de trabajo en equipo”. El método fue descriptivo exploratorio transversal. [18]

Vargas C, Ruiz MA. (Costa Rica - 2011), trabajo de investigación realizado sobre **“Aspectos legales de las notas de enfermería”, Colegio de enfermeras de Costa Rica**. Llegaron a las siguientes conclusiones: Que la proporción de notas escritas por enfermeras fue de 1 a 3, el color de la tinta fue el aceptado (negro), se cuidó la integridad de los registros, pero se dejaron espacios en blanco en un 27%.; en ambos hospitales, un 10% de los nombres fue ilegible, o se registró la información dada a los profesionales de salud sobre la evolución de los clientes; en el 100% se omitió el comentario del cliente sobre la atención recibida. El diseño fue descriptivo y de observación. [19]

Arraus Martínez O., (Paraguay – 2010), **“Factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería”**, (Trabajo Científico de Investigación). Llegó a la conclusión que el 91,2% respeta el formato de la hoja, escribe fecha y hora en forma correcta, mientras que el 8,8% no respeta el formato de la hoja. Por otro lado, el 94.1% de licenciadas colocan su firma al terminar de registrar un procedimiento y el 5.9% no colocan su firma al terminar de registrar un procedimiento. Según el número de pacientes que el personal atiende diariamente y su posible repercusión en los registros, el 44,1% del personal lo considera excesivo y falta tiempo para completar los registros; mientras el 55,9% refiere no tener dificultad de tiempo. Respecto a la importancia de los registros de enfermería existe el 58,8% del personal refiere que su anotación es completa y el 41,3% indica que sus registros no son completo, estudio de tipo descriptivo. [20]

Fernández C, Morales C. (México - 2010), **“La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico”**, (Revista mexicana de enfermería cardiológica). Concluyeron que el 53% del personal tiene una edad comprendida entre 23-27 años de edad. En cuanto a la antigüedad del personal el 58.1% respondió tener 4 años como máximo de servicio en el instituto. Para el 96.6% es muy importante el registro de enfermería como parte del expediente clínico, no así para un 3.4% del personal. El 62.3% de las enfermeras no realiza las anotaciones con referencia al nombre de quien realiza el procedimiento y solo registran un 37.7%, el 4.8% del personal desconoce por completo la forma de elaborar la hoja de registros clínicos de

enfermería y el 48.4% no proporcionara la información completa, hace uso adecuado de abreviaturas el 56.6% del personal de enfermería no así 43.5% que desconoce su utilización. Un 80.6% del personal desconoce las normas elaboradas para los registros de enfermería y solo un 19.4% tiene conocimiento. Fue estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo. [21]

2.1.2 Estudios a nivel nacional.

Actualmente en Bolivia existen pocos estudios relacionados al registro de enfermería; uno de esos fue realizado por Mariobo denominado **“Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación en el Instituto Nacional de Oftalmología en La Paz gestión 2007- 2008”**, Con el objetivo establecer la calidad de la hoja de registros de enfermería con el propósito de mejorar los conocimientos del personal de enfermería y tener registros con calidad en la hoja de enfermería, consideró una muestra de 227 registros realizados por 16 enfermeras, utilizó 2 instrumentos de recolección de datos, un cuestionario de conocimientos y una lista de chequeo para medir la calidad. Entre los resultados más sobresalientes se supo que los registros de enfermería no cumplían con los parámetros de calidad, contenían información insuficiente del paciente. Los registros de enfermería fueron realizados antes de la intervención o al final de la jornada laboral, justificándose por exceso de trabajo. Por otra parte, carecían de conocimientos sobre las normas del llenado de los registros de enfermería, en resumen los registros de enfermería no reflejan la calidad de atención a los usuarios. [22]

Martínez Scarley, Santos M. (Sucre – 2011), estudio **realizado “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 cuali- cuantitativo 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 beneficiarios. [23]

Granero Molina José ET (Santa Cruz – 2012), estudio realizado **“Proceso de Enfermería: ¿Qué significa para las enfermeras de Santa Cruz- Bolivia?**, el objetivo de este estudio fue 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 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. [24]

2.1.3 Estudios a nivel departamental

Quispe, B. (La Paz – 2014) **“Calidad de los registros de enfermería, Servicio de Obstetricia Puerperio Quirúrgico, Hospital Materno Infantil, durante el 2014”**. El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo, la técnica que se usó fue la revisión documental, se trabajó con una muestra de 277 historias clínicas correspondientes a la gestión 2013. Los resultados se determinó la situación de los registros de enfermería, tales como el kárdex y la hoja de enfermería, se supo que los aspectos en los que mayor deficiencia existe son: el 83% no registraba la información objetiva; el 67% no registraba información sobre problemas de salud; en un 87% existía repetición de datos; el 86% no registraba la fecha ni el número de cama; el 91% no colocaba la firma, fecha, hora o sello; y en el 100% no se registra el PAE en ninguno de los registros estudiados. Con los resultados obtenidos se diseñó un sistema de registro profesional eficiente basado en la suma de la experiencia acumulada y los avances teóricos que repercuten en la práctica. [25]

Atahuachi, R. (La Paz - 2014) **“Estandarización de Diagnósticos de Enfermería con la Taxonomía NANDA NIC NOC**, Unidad De Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital Seguro Social Universitario, realizado de junio- diciembre 2014”, 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; 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. [8]

Meneses, P. (La Paz – 2012) “**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”, con el objetivo de Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados. Para fines del estudio se consideró una muestra de 65 registros de enfermería, se utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo que constó de 15 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales. Los resultados más sobresalientes fueron que el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en un 45% de todos los casos estudiados. Se verificó que la falencia estaba en el registro incorrecto de los datos subjetivos del neonato y los diagnósticos de enfermería. Por otra parte no estaban utilizando herramientas con base científica como una Guía para aplicar el PAE basado en el registro del S.O.A.P.I.E. correctamente. [7]

Quispe C. (SSU - 2009) “**Calidad en registros de Enfermería**”. El objetivo del estudio fue establecer la calidad de registros de enfermería en el área de pediatría del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, durante el primer semestre del año 2009, estudio de tipo cuantitativo, cualitativo, descriptivo y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 50 historias clínicas de pacientes entre 1 mes a los 5 años de edad, que fueron internados en el área de pediatría. Se aplicó una encuesta para recolectar datos de historias de pacientes que fueron externados con alta médica pos tratamiento.

Los resultados evidenciaron que el 100 % de los registros, presentaron deficiencias en su manejo, no cumpliendo así con las normas internacionales para el llenado las mismas, en cuanto a la calidad del registro del Kárdex, el 100 % no ejecutó el diagnóstico de enfermería, clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC Nursing, interventions classification) y la Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) Nursing, Outcomes classification).; en cuanto a la hoja de enfermería el 100 % no registró de acuerdo al Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación (S.O.A.P.I.E.); y el 52 % no cumple con escribir con letra legible y ortografía correcta, el 54 % presentó borrones y correcciones. [6]

2.1.4 Estudios a nivel Local

Chipana, M. (La Paz - 2015) “**Aplicación del Proceso Enfermero con el Formato Sistemático S.O.A.P.I.E.** En el Registro de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax, gestión 2014-2015, con el objetivo de analizar la aplicación del proceso enfermero con el formato sistemático de S.O.A.P.I.E. en el registro de enfermería. La estructura metodológica, fue de tipo descriptiva, de corte transversal, retrospectiva, todo bajo el enfoque cuantitativo; respecto al universo, se trabajó con el plantel de enfermería que fueron 15 enfermeras licenciadas a las que se aplicó una encuesta de opciones abiertas y cerradas, durante el 2015; se hizo la revisión de los registros de enfermería que fueron 329, realizados por el mismo plantel de enfermería, del 2014. Se concluye que el 40% no conocía sobre las normas de registro de enfermería; en cuanto a la aplicación de las normas de registro de la hoja de enfermería el 40% no las aplica; además el 47% no conoce las etapas del proceso de enfermería; sobre el conocimiento que tienen de las normas NANDA, NIC, NOC, SOAPIE el 73% no conocen sobre estas normas. Asimismo, el 55% no cumple con un registro sin borrones; el 44% no registra la valoración neurológica y la valoración cardiovascular; y el 80% no registra la valoración metabólica y la valoración infecciosa; se evidencia que el 61% no cumple el uso de etiquetas de diagnóstico de enfermería NANDA. Asimismo, el 33% no cumple con el registro de la planificación NIC. El 69% no registra la evaluación de los resultados NOC. [9]

III. JUSTIFICACIÓN

Las notas de enfermería se constituyen como documentos confiables, que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud; reconocido por las instituciones como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la cantidad y calidad del trabajo de enfermería brindado. “Su utilidad e importancia se centra fundamentalmente en su valor legal por lo que amerita ser elaborado bajo ciertos requisitos, normas y objetivos precisos, que respalda las acciones y procedimientos ejecutados por el profesional de enfermería y como instrumento de gestión e indicador de calidad; que permite realizar auditorías médicas a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados” (30). Por lo que se considera de vital importancia para la profesión, realizar buenos registros de enfermería utilizando el método S.O.A.P.I.E y las taxonomías (NANDA, NOC, NIC) capaces de evidenciar la continuidad del cuidado prestado. Además promueve un mejor proceso de la relación enfermera–paciente.

Bajo este contexto, se observa que el profesional en enfermería aun incumple el registro enfermero sistematizado S.O.A.P.I.E. este aspecto motivo a la presente investigación, que pretende proporcionar información acerca de la realidad y las condiciones en que se realizan los registros de enfermería S.O.A.P.I.E, del Profesional en Enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax.

Los resultados permitirán contar con una información sistematizada, actualizada en el registro enfermero (S.O.A.P.I.E), que contribuirá a mejorar el cuidado de los pacientes, como principal beneficiario, así optimizar el ejercicio del profesional de enfermería; asimismo, servirá como modelo para la aplicación de otros estudios.

Como aporte científico se tendrá la Guía metodológica de registros de enfermería por especialidad con S.O.A.P.I.E. y TAXONOMIA NANDA, NIC, NOC.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO HISTÓRICO DE LA CALIDAD EN SALUD A NIVEL INTERNACIONAL

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión:

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %. [26]

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. [26]

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales. [26]

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. [26]

En 1961 Avedis Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los Audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la

práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro. [26]

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad. [26]

4.2 ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN BOLIVIA

En Bolivia se inicia en la década de 1990 donde se aborda la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud con una política el proceso de acreditación de Hospitales que siguió la corriente de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). [27]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales vieron la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de la calidad en la atención de salud ofrecida por los hospitales. [28]

En 1994 por Resolución N° 0329 de la Secretaria Nacional de Salud, se aprueba la conformación de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia otorgándole la dirección magna para la normalización, ejecución y evaluación del proceso de acreditación de los hospitales en el país. [28]

En el año 2000 el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) Implementa los instrumentos de control médico en los servicios de salud de la seguridad Boliviana, estos instrumentos fueron actualizándose de acuerdo a necesidades de los comités de cada institución. Nuevamente en el año 2005 se promulga la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, el cual constituye un hito histórico para la Salud en Bolivia por que establece el marco jurídico que institucionaliza la auditoria médica los ámbitos del acto médico y gestión de calidad de los establecimientos de salud. [29]

4.3 MARCO LEGAL EN BOLIVIA, CAPITULO SEGUNDO – DERECHOS FUNDAMENTALES (CPE).

De acuerdo a la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, el cual nos indica que: “Todas las personas tienen derecho a la salud. Y además que el estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. En la cual el único sistema de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”. [30]

4.4 MARCO ADMINISTRATIVO

4.4.1 Calidad

Se habla de calidad en la atención médica o calidad asistencial cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales sumamente buenos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida. [31]

4.4.2 Gestión de Calidad

La gestión de calidad constituye una práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales (organizaciones) basada en enfoques de calidad; estos enfoques se proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia y de compromiso y participación interna, y de consideración y atención a las expectativas de los clientes externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad. [32]

4.4.3 Doctrina de la Calidad

Se ha partido de considerar la calidad de los servicios de salud como el concepto que refleja la correspondencia de las características de los servicios ofertados a la población con el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. Se han reconocido las siguientes dimensiones de la calidad: componente científico-técnico, accesibilidad, efectividad, satisfacción y eficiencia. [33]

4.4.4 Enfoques para abordar la evaluación de la calidad.

Según la Norma ISO 9000:2000? Es un conjunto ordenado y explícito de reglas y estándares de gestión de la calidad, reconocidos y respetados internacionalmente, aplicables a toda organización, independientemente de su tamaño y naturaleza. Es un conjunto de reglas o estándares de procesos y no de productos, cuyo propósito es facilitar el intercambio internacional de comercio y negocios. [34]

4.4.5 Calidad de atención en salud

Es la capacidad que tiene el establecimiento de salud, para satisfacer las demandas del usuario externo del servicio, por lo tanto es el conjunto de propiedades y características de un producto servicios que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas. La satisfacción del usuario se da como resultado del cumplimiento de los requisitos de la calidad definidos en un servicio atendido a su diseño y categoría. [35]

Para algunos la calidad significa mérito o excelencia, algunas definiciones consideran la calidad como concepto clave para la salud y la definen incluyendo varios aspectos, como la de Gilmore y Moraes que es la siguiente:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción para el paciente.
- Impacto final en la salud.

“Calidad significa conformidad con las normas”.

Sin embargo, esta definición, aunque importante, hace referencia al proceso de atención donde están los factores causales o conjunto de normas, pero no considera los resultados o efectos que es por donde se debe medir la calidad. [35]

“Calidad significa el cumplimiento de los requisitos del cliente”

Es importante señalar que los requisitos de algunos clientes tiene una tendencia al incremento de las exigencias, lo cual puede resultar complicado, pero esto debe ser ajustado y actualizado periódicamente. Lo anterior se corresponde con la necesidad

de revisar las normas, los procedimientos y reglamentos, los cuales deben ser analizados cada cierto tiempo. [35]

“Calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas”. “Existe calidad en la atención de salud cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los clientes externos e internos y, además, cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales del sistema”. [35]

¿Quién decide la calidad? Sin dudas, el cliente o usuario desempeña una función importante es decidir sobre la calidad y generalmente lo hace cuando selecciona los productos o servicios que necesita. [35].

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad. [36].

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite", así mismo “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". [37]

4.4.6 Dimensiones de la Calidad en Salud

Son ocho las dimensiones a considerarse a continuación, las cuales deben ser tomadas en cuenta de acuerdo a la problemática de la realidad de cada ambiente sanitario valorando la priorización de unas sobre otras. [38]

- a) Competencia Profesional.** Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de

apoyo. La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

- b) Acceso a los Servicios.** Implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera, etc.
- c) Eficacia.** La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a preguntas como si el tratamiento es aplicado correctamente, si produce los resultados esperados, si se usa la tecnología adecuada, etc. La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones.
- d) Satisfacción del Cliente.** La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

- e) **Eficiencia.** La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos.
- f) **Continuidad.** La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. Esta continuidad se logra mediante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

g) Seguridad. Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos.

h) Comodidades. Se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro, son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad pero también se debe tener en cuenta comodidades en torno a una espera más placentera, como por ejemplo música, videos educativos y materiales de lectura. [38]

4.4.7 Propósito De La Evaluación

El propósito principal de la evaluación es determinar la conformidad o no conformidad de los estándares y además de proveer al evaluado la oportunidad de poder mejorar.

4.5 CALIDAD DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

La calidad de los servicios de enfermería incluyen la formación de la enfermera, quien tiene participación activa en el proceso de restauración de la salud del cliente o aun cuando esto no sea posible, estará involucrada en la mejora de sus condiciones de vida, orientadas al autocuidado, la seguridad de los procedimientos y así mismo al resultado del producto hospitalario final, el cual en cierta forma esta medido en base a la calidad de la documentación y de los registros de todas las aportaciones que realiza la enfermera para su restablecimiento. [39]

Es decir, la calidad del registro de las aportaciones asistenciales refleja la calidad de la asistencia y la productividad del trabajo y, sobre la base de estos registros, se puede construir constantemente mejores prácticas asistenciales, además de aplicar las

acciones de mejora en los resultados operativos. La anotación es una de las formas más importantes de comunicación de la enfermería, teniendo en cuenta que tiene como finalidad: [40]

- Establecer una efectiva comunicación entre el equipo de enfermería y los demás profesionales involucrados en el cuidado al ser humano.
- Servir de base para la elaboración del plan asistencial del paciente.
- Constituir fuente de evidencia de los cuidados para la evaluación de la asistencia prestada.
- Representar un documento legal, tanto para el paciente y para el equipo de enfermería referente a los cuidados brindados
- Contribuir a la auditoría de enfermería y colaborar para la enseñanza e investigación en enfermería.
- En los registros de enfermería contenidos dentro de la historia clínica el paciente, se debe consignar información escrita que refleja la atención, cuidados y tratamiento prestado durante el tiempo de internamiento, la evolución, las reacciones y preocupaciones del paciente y deben ser registrados utilizando términos que expliquen los hechos de manera clara. .Los registros en el pronóstico del paciente, hechos por el equipo de enfermería, deben reflejar sus condiciones biológicas psicológicas, sociales y espirituales. [40]

4.5.1 Consideraciones para un buen registro de calidad

Deben de responder a:

- **Porque registrar:** Es importante para el desarrollo conceptual de la profesión, es un símbolo de respeto hacia los pacientes, es un medio de garantizar continuidad en los cuidados, representa un medio de defensa ante posibles procesos disciplinarios, son evidencia de la esencia de la profesión, permite evaluar los servicios y establecer la implementación de actividades, recursos, personal o equipos que faciliten la atención de los pacientes.

- **Para que:** Mejorar la calidad de la atención, y sobre todo para consolidar y dar argumentos de la trascendencia y/o importancia que tiene la profesión de Enfermería para la sociedad.
- **Cuando hay que registrar:** Siempre, en todo escenario de atención e inmediatamente después de brindar cualquier tipo de atención. Es importante recordar “Lo que no se registra es como si NO se hubiese hecho”.
- **Como y en donde hay que registrar:** Se registra en el medio que la institución ofrezca, en medio manual o electrónico según aplique y siempre teniendo en cuenta las características mínimas del registro por ejemplo la estructura. (Ordenado, legible, etc.) y haciendo uso siempre del Proceso de Atención de Enfermería.
- **Cuanto registrar:** Todo aquello sea relevante y definitivo en la atención del paciente siempre con conocimiento, teniendo en cuenta siempre todos los datos del individuo y lo más detallado posible pero siempre siendo preciso, sin hacer prejuicios o juicios de valor. Dando elementos que permitan calidad y continuidad en la atención al paciente.
- **Quien debe registrar:** El profesional de Enfermería y el auxiliar de Enfermería están en la obligación de diligenciar todo registro relacionado con la atención del paciente.
- **Que registrar:** Todo aquello que la literatura, y la ley establece. Siempre teniendo en cuenta que el contenido en los registros de Enfermería es muestra más allá de la atención, del cuidado que brindamos a los pacientes. [41]

4.6 REGISTRO DE ENFERMERÍA

Es un documento legal y formal elaborado por la enfermera, el registro de enfermería contiene información verídica, que evidencia con precisión toda la asistencia profesional. [42]

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Es de especial interés para las enfermeras saber si la implicación legal en cuestión se puede deducir de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró

el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o las notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo que ha ocurrido y en qué medida dejó de indicarse en el expediente que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería. [43]

4.7 FINALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

La finalidad de los registros de enfermería: es la comunicación del proceso de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario.

El registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos de enfermería, proporcionando una imagen global del estado de salud de la persona o paciente. [3]

4.8 CARACTERÍSTICAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

Utilizar las normas OPCCO que significa:

- **Objetivo:** Se elabora en base a lo observado y ejecutado, tomando en cuenta reacciones físicas y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamiento y procedimientos realizados.
- **Preciso:** Explicar claramente la información que se quiere dar, descartar palabras vagas.
- **Claro:** Utilizar letra clara, buena construcción gramatical, sin faltas de ortografía.
- **Concreto:** No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo.
- **Organizado:** Que registre los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en sentido cefalo – caudal, las respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta o se realiza el cuidado. [44]

4.9 PROPÓSITO DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Estas Anotaciones son elaboradas con varios propósitos:

- **Planificación:** La enfermera utiliza la información primaria o inicial, junto con las incidencias, para elaborar y evaluar la eficacia del plan de asistencia.

- **Enseñanza:** Las Anotaciones de enfermería son una fuente esencial de información que resulta útil como recurso educativo, sirve de recurso para la enseñanza clínica y la educación al servicio.
- **Investigación:** La información recogida puede constituir valiosa fuente de datos para la investigación, como fuente primaria y secundaria.
- **Control de Calidad:** Se emplea para vigilar los cuidados que recibe este y la competencia del personal que administra esos cuidados.
- **Toma de Decisiones:** La información estadística obtenida puede ayudar a decidir, prever y planificar en función a las necesidades de la población.
- **Documento Legal:** Estos documentos sirven como evidencia de los tribunales de justicia, ya que constituyen bases para admitir o rechazar acusaciones relativas a las negligencias durante los cuidados de los pacientes.

4.10 IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS

4.10.1 Valor legal.

Las anotaciones de enfermería Las anotaciones de enfermería expresan literalmente las reacciones y evoluciones del paciente frente a la atención recibida, constituyéndose así en un documento legal que respalda la atención que se brinda; es por ello que deben responder a sus características; redactadas oportunamente, sin borrones, ni enmendaduras y refrendadas por la firma y número de la colegiatura de la enfermera (o) que lo realiza, así como también debe evidenciar los problemas necesidades y riesgos del paciente [35]

4.10.2 Valor Científico.

Las anotaciones de enfermería describen determinadas reacciones y resultados del cuidado brindado, constituye una fuente de investigación de nuevos métodos para el cuidado de los pacientes, así mismo una valiosa fuente de información para identificar problemas, que necesitan atención de enfermería, así como para la valoración del progreso del paciente, para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados del proceso de enfermería desarrollados en la atención que brinda, aspecto inherente a la profesión de enfermería. [35]

4.11 CRITERIOS EN LA ELABORACIÓN DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA.

Conjunto de atributos y/o propiedades que tienen las anotaciones de enfermería como parte de la historia clínica sobre la evolución del paciente, desde su ingreso hasta su alta.

a) EN SU ESTRUCTURA:

Se refiere a hechos trascendentales del estado del paciente que facilita la continuidad de la atención de enfermería. No se deben dejar espacios en blanco en las notas de enfermería.

- **Precisión:** Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna. Se debe comenzar cada nota con el horario y finalizar con su firma.
- **Claridad:** Las Anotaciones deben tener un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia evitando ambigüedades. No deben aparecer enmendaduras. No se debe borrar, ni aplicar líquido corrector, ni tache los errores cometidos mientras se redacta el registro; lo que se debe hacer es trazar una línea sobre el error y escribir encima error y firmar con su nombre para luego redactar lo correcto.
- **Concisión:** Anotaciones deben ser concisas, resumidas y concretas, y se coloca fecha y hora. [45]

b) EN SU CONTENIDO:

Registro escrito de la atención brindada al paciente por la enfermera siguiendo el formato SOAPIE, se consideran los siguientes aspectos.

- **Valoración:** Registra datos objetivos y subjetivos.
- **Diagnóstico:** Formula y establece los tipos de diagnóstico de forma adecuada.
- **Planeamiento:** planea las intervenciones en base a la etiología NIC estableciendo prioridades.
- **Ejecución:** establece resultados esperados y registra intervenciones a través de notas modelo SOAPIE.

- **Evaluación:** evalúa las intervenciones de enfermería según NOC y consigna evolución del paciente. [45]

4.12 UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

- Sirve al equipo de enfermería y al equipo sanitario para tomar decisiones respecto al estado de salud de la persona o paciente, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuas.
- Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la asistencia prestada a una persona o paciente en un establecimiento de salud.
- Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por lo que la investigación económica se hace a través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnóstico relacionado.
- Sirve como información a las estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad, en pacientes con problemas médicos similares.
- Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con la frecuencia de los trastornos clínicos, complicaciones, etc.
- Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional; y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud. [3]

4.13 NORMAS QUE LA JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (J.C.A.H.O.) ESTABLECE PARA LA DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA

La comisión conjunta para la acreditación de organizaciones sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) (1992) establece que los diagnósticos enfermeros o las necesidades del cliente, las intervenciones de enfermería y los resultados del cliente deben recogerse permanentemente en un sistema de información sobre el cliente. Cada organización sanitaria tiene su política en cuanto a partes e informaciones del cliente y cada enfermera es responsable de actuar de acuerdo a tales normas. [3]

4.13.1 Normas de la JCAHO:

Establece para la documentación del registro de enfermería.

- Los pacientes recibirán cuidados de enfermería, basados en la valoración.
- La valoración del paciente incluyen la consideración de factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos.
- Los cuidados de enfermería del paciente se basan en los diagnósticos de enfermería codificados de la NANDA.
- Durante la estancia del paciente, este y las personas más allegadas recibirán educación.
- Las historias Clínicas del paciente incluirán documentación de las valoraciones iniciales y revaloraciones, diagnósticos reales y potenciales, así mismo la planificación, que incluyen las intervenciones y los resultados esperados.
- Los registros de enfermería se basan en las normas establecidas en el S.O.A.P.I.E. [3]

4.14 MODELO DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, conocer la adecuada forma de llenado de los mismos, las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, hemos desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuado llenado de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional. [46]

4.14.1 Tipos de registros de enfermería

- a) **Anotaciones narrativas.** La documentación narrativa es el método tradicional de registros de los cuidados de enfermería, es el más conocido por las enfermeras, se trata simplemente de formar un formato similar a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre

el turno. En ella se registra: estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento.

Ventajas:

- Fácil acceso a la localización de los formularios y la posterior documentación de cada disciplina.
- Como método más antiguo de creación de gráficas, es el que resulta más familiar a la enfermera.
- No exige la organización de las notaciones de las organizaciones de la materia sino que está organizado en el tiempo.

Desventajas:

- La fragmentación de la documentación de los cuidados del paciente según quien sea al prestador de la misma.
- La documentación dispersa de la enseñanza, cuando es realizada por varias disciplinas, como la enfermería, nutrición y otros.
- Las notas narrativas no están organizadas por temas haciendo que resulte difícil recuperar datos sobre un determinado problema.
- Tendencias a larguísimas gráficas, que a menudo duplican la información ofrecida en las hojas de curso clínico. [3]

b) Registros orientados al problema SOAPIE.

Es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos. En este sistema, la información está enfocada los problemas del paciente, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante.

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. [47]

EVOLUCIÓN DEL SOAPIE

Las siglas SOAPIE, utilizadas para el registro de enfermería es una forma ordenada y lógica de presentar los datos que maneja la enfermera.

- El proceso de enfermería dio origen al R.M.O.P. (Registro Médico Orientado al Problema).
- En 1992 (Marrelli) forma una base de datos con una lista de problemas numerados sobre el proceso del paciente y lo denomina (SOVP) (subjeto, objetivo, valoración, plan).
- El SOVP ha evolucionado hacia diversas formas de que incluyen: SOVPE agregándose la evaluación (E), luego en el año siguiente se considera el SOAPER, donde se refiere a la respuesta del paciente, en vista de que estas formas no eran funcionales.
- Aparece el PAE, no se refiere al proceso de atención de enfermería, aunque las siglas son las mismas, sino se refiere (P) problema o diagnóstico de enfermería, (A) actuaciones o acciones y (E) evaluación de los resultados de las intervenciones. Como no se consideró la valoración y esta sigla fue reemplazada por el VP AE.
- El VP AE, en la que (V) significa valoración que incluye los datos subjetivos y objetivos. [3]

Se utilizó por mucho tiempo formatos donde se registraron las notas de enfermería; con el PAE y el VP AE a raíz de revisiones y experiencias a nivel mundial las enfermeras americanas crean un enfoque innovador que perfeccione la documentación sin incurrir en repeticiones. Murphy, Burke en 1980 esquematiza el denominado S.O.A.P.I.E, previamente en 1988 (LAMPE) crea una gráfica donde se estructura las “notas de progreso”. (Enfoque de la nota) según esta nota puede ser un signo, una enfermedad, un diagnóstico, etc. Lampe considera que el registro de la nota debe incluir el (FAR) es decir la fecha, acciones y la respuesta del paciente; ese mismo año la American Nurses Association (ANA 1988) ha diseñado más criterios para sistematizar la información incluyendo la forma computarizada con base de datos, de esta manera da más énfasis a las sigla SOAPIE. [48]

Actualmente en nuestro medio el formato de registro de enfermería modelo SOAPIE fue reconocido por el MINSA en 2001 al presentarlo como indicador hospitalario de calidad de los registros de enfermería. [3]

El objetivo de este modelo de anotaciones de enfermería es estandarizar la uniformidad de la información requerida y el adecuado registro de la evolución del paciente a los cuidados proporcionados por la enfermera, teniendo como fin la comunicación del proceso atención de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario, el apoyar los diagnósticos de enfermería y proporcionar una imagen global del estado de salud del cliente [49]

El contenido de las siglas SOAPIE está definido de la siguiente manera y guarda una estrecha relación con el PAE.

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: Según Bravo M. los datos objetivos son signos que se observa (examen físico céfalo caudal), es decir por dominios, información susceptible de ser observado y medida. 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 lo factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

P = Plan de atención: se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

I = Intervención o ejecución. Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los 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 sello de la enfermera que atendió al paciente. [3]

c) Anotaciones Grafico Focus:

Es un método de organizar la información según las notas de la enfermera y están estructuradas en tres categorías:

D = Dato: Dato subjetivo y objetivo.

A = Acción: Intervención de enfermería que se ha ejecutado.

R = Respuesta: Evaluación de la eficacia de las intervenciones.

Ventajas:

- El formato de la gráfica focus organiza la información en dos columnas distintas.
- El uso de la palabra clave en la columna del enfoque facilita la localización del contenido en un aspecto concreto de la atención del paciente.
- El formato de datos, acción y respuesta (DAR) proporciona una descripción concreta y concisa de cada enfoque de la asistencia.
- La inclusión de datos subjetivos y objetivos en la misma sección, elimina la necesidad de distinguir entre estos tipos de datos.

Desventajas:

- Algunos de los datos descritos en la nota pueden ser redundantes con los datos registrados en las hojas de curso clínico.
- Este sistema al igual que el SOAPIE, requiere un cambio en la forma de pensar de las enfermeras, quienes deben ser capaces de identificar con exactitud las áreas de interés y seleccionar los datos en las categorías apropiadas ya sean datos, acciones o respuestas. [3]

d) Registros Gráficos por excepción (GPE)

Se registra en hoja de curso clínico para enfermeras y médicos, se usa las 24 horas, se registra la valoración y las intervenciones de enfermería. Este grafico no es completo [3]

e) Registros Computarizados.

Es un tipo de registro donde se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado anteriormente y se utilizan varios enfoques. [3]

4.15 NORMAS PARA LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA S.O.A.P.I.E

- **Debe ser objetiva:** el registro debe contener información descriptiva, es decir lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente y huele. Ej. Respiración 14 x min. Ruidos respiratorios anormales.
- **No usar, bueno, adecuado regular o malo:** ya que son sometidos a interpretación que difiere de persona a persona, tampoco usar deducciones. Ej. “tiene poco apetito”; el dato que se debe registrar en el Ej. Es: come solo el arroz, deja el pollo, el postre y el pan de la bandeja del almuerzo.
- **Debe ser subjetivo:** el registro debe contener información obtenida del interrogatorio y que solo es apreciado por la persona a la paciente. Ej. La señora refiere: “tengo dolor abdominal”.
- **Debe ser fiable:** la información debe ser exacta para ser fiable, Ej. “herida abdominal de 6cm. De longitud sin enrojecimiento” es más exacta y descriptiva, que “gran herida abdominal está cicatrizando bien”.
- **No utilizar** abreviaturas o símbolos, ya que confunden. Ej. O.D. (once daily una vez al día) puede ser interpretado como ojo derecho u oído derecho, omoplato derecho. etc.
- **Usar ortografía** correcta y letra legible: una ortografía correcta, aumenta la exactitud de la documentación, de igual manera una letra legible ayuda a conocer la información, se recomienda usar letra de imprenta cuando no es legible. Ej. “HERIDA ABDOMINAL DE 6 CM. DE LONGITUD SIN ENROJECIMIENTO”.
- **Debe incluir** observaciones de otros cuidadores, hechas por otros profesionales. Ej. “apósitos quirúrgicos retirados, por el Dr. HENRY RAMOS”.
- **Debe terminar** el registro con la firma y sello, así como el N° del colegio profesional: la firma de la enfermera debe ser completa.
- **Debe ser concisa:** La información debe ser breve, evitar palabras innecesarias. Ej. Dedos del pie izquierdo caliente: en vez de, paciente con los dedos del pie izquierdo que se perciben bien calientes (se subraya en el ej.: lo innecesario).
- **Debe ser actualizada:** La información debe ser actual que corresponda al turno del día registrado. Los siguientes datos deben siempre ser actuales:

- Signos vitales
 - Administración de medicamentos y tratamientos
 - Preparación para pruebas, diagnósticos o cirugías
 - Admisión, traslado. Alta o fallecimiento.
 - Tratamiento de emergencias.
- **Debe estar bien ordenado:** la información debe seguir un orden, las notas desordenadas no ayudan, confunden, para ello se ha establecido por Murphy, Burke en el siguiente orden:
 - S** = Subjetivo
 - O** = Objetivo
 - A** = Análisis o diagnóstico
 - P** = Plan u objetivo del plan
 - I** = Intervención
 - E** = Evaluación o resultados esperados
 - **Debe ser confidencial:** La información no debe ser revelada a otras pacientes o personas no implicadas en la atención, la confidencia esta respaldada legal y éticamente.
 - **Anotar con tinta** azul, negro o verde para turnos de mañana y tarde y tinta roja para turnos de noche: las observaciones hechas al paciente por la enfermera durante la noche son de gran importancia para las decisiones del equipo sanitario respectivo al estado de salud del paciente.
 - **No usar borrador**, ni líquidos paper, porque es observado legalmente.
 - **Tachar o poner** entre paréntesis no valido y firmar al costado en el caso de equivocación: Ej. (se administró metamizol) No valido.
 - **No dejar espacio** entre un registro y otro porque puede ser llenado sin corresponder. [3]

4.16 REGISTROS DE INSTRUMENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Los registros de instrumentos técnico administrativos deberán contener como mínimo lo siguiente.

- Registros de signos vitales
- Hoja de enfermería según servicios
- Hoja de administración de medicamentos
- Hoja de Kardex
- Hoja de administración y eliminación de líquidos. [50]

Los registros de Enfermería obligan a estudiar los siguientes documentos:

4.16.1 Expediente Clínico.

Es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generales durante cada proceso asistencial de la persona atendida en servicios de consulta externa, emergencias y hospitalización de los Entes Gestores, los cuales reflejarán toda información relativa a su estado de salud o enfermedad. Es un documento técnico, científico, administrativo y legal, utilizado para la evaluación de calidad de los servicios médicos, odontológicos, enfermería y otros. [50]

Es un documento histórico del cliente del cual se parte para planificar su atención y llevar a cabo el tratamiento.

- Se utiliza su atención como fundamento para la revisión estudio y evaluación de atención que se proporciona al cliente.
- Es una fuente de referencia para todo el personal de donde se obtiene datos estadísticos.
- Se constituye como una protección legal para todas las personas implicadas en la administración de cuidados.
- Ayuda y es un instrumento de materia de estudio de investigación para ofrecer datos comparativos. [50]

4.16.2 Componentes del Expediente Clínico

- Epicrisis
- Hoja de evaluación medica
- Nota de internación
- Hoja de historia clínica
- Hoja de tratamiento médico
- Exámenes Auxiliares.

- Hoja de consentimiento informado.
- Hoja de cuadro térmico
- Hoja de tratamiento de enfermería
- Hoja de enfermería
- Hoja de descargos
- Kárdex
- Hoja de admisión hospitalaria

4.17 INDICADOR DE CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

4.17.1 Proceso atención de enfermería (P.A.E.)

Es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Utilizando sus capacidades y sus habilidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales para recolectar la información, diagnosticar y tratar las respuestas humanas identificando problemas reales, de riesgo, bienestar y potenciales.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso Enfermero (P.E.). La documentación es la prueba de que la enfermera ha cumplido con sus obligaciones jurídicas y éticas hacia el paciente y que éste recibió una atención de calidad reconocida, Considerando como herramientas Taxonómicas enfermeras (NANDA, NOC, NIC y Proceso Enfermero) como instrumentos imprescindibles en la práctica de la enfermera. [1]

4.17.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de enfermería consta de cinco pasos:

- a) **Valoración de enfermería.**- una compilación sistemática y permanente de datos relacionados con el paciente; los datos pertinentes se recopilan empleando técnicas apropiadas de examen; los datos importantes se documentan en un formato recuperable. Estos pueden incluir los aspectos siguientes: físicos, psicológicos, sociales, culturales, cognoscitivos, fundamentales, de desarrollo, económicos y relativos al modo de vida. [51]
- b) **Identificación o diagnóstico de los problemas.**- consiste en el análisis de los datos obtenidos mediante el examen a fin de identificar los problemas o los

diagnósticos, las necesidades y los recursos del paciente. La documentación de los diagnósticos se realiza de forma tal que facilite la determinación de los resultados esperados y el plan de atención. Se incluyen los resultados aceptados que se han identificado, adaptándolos a las características individuales de cada paciente, y se documentan como metas cuantificables. Los resultados proporcionan orientaciones que aseguran la continuidad de la atención. [51]

- c) Planificación.-** elaboración de un plan de atención en el que se indican las intervenciones consideradas necesarias para lograr los resultados esperados. Es decir, se establecen eslabonamientos entre el diagnóstico, las intervenciones y los resultados. El plan se adapta a las características individuales del paciente y se establecen prioridades de atención que reflejan las prácticas actuales. [51]
- d) Ejecución.-** se realizan las intervenciones identificadas, se pone en práctica el plan de atención y las intervenciones se documentan en el momento adecuado. Las actividades pueden incluir a cualquiera de las acciones que se enumeran a continuación, o todas ellas: la intervención, la delegación y la coordinación. [51]
- e) Evaluación.-** la exactitud del diagnóstico y la eficacia de las intervenciones se evalúan en relación con la evaluación del paciente; se determinan resultados reales. La eficacia de las intervenciones se documenta en relación con el logro de los resultados. [51]

4.18 NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASOCIACIÓN (NANDA)

La NANDA son las siglas de la North American Nursing Diagnosis Association, es una red mundial de enfermeras, cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería. La NANDA 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 diagnósticas de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA internacional. [1]

4.18.1 Taxonomía II de NANDA- I, Internacional 2015 – 2017

Proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad enfermera. Actualmente la NANDA cuenta con 13 dominios, 47 clases y 235 diagnósticos. La taxonomía II tiene 3 niveles o equivalentes: Dominios, clases y Diagnostico. [2]

1er. Nivel – Dominios, Relacionado con el significado del estudio interés, o competencia que maneja y desarrolla la enfermera son 13 dominios.

Dominio 1. Promoción a la salud

Dominio 2. Nutrición

Dominio 3. Eliminación

Dominio 4. Actividad y reposo

Dominio 5. Precepción y cognición

Dominio 6. Autopercepción

Dominio 7. Rol y relaciones

Dominio 8. Sexualidad

Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés

Dominio 10. Principios vitales

Dominio 11. Seguridad y protección

Dominio 12. Confort

Dominio 13. Crecimiento y desarrollo [3]

2do. Nivel - Clases: Es la subdivisión de los 13 dominios; esta subdivisión se realiza por el contenido (concepto o definición) de la actividad, estudio, rango o grado de cada dominio. En los 13 dominios existen 47 clases. [3]

Promoción de la Salud 1. Toma de conciencia de la salud 2. Manejo de la salud	Rol/relaciones 25. Roles de cuidador 26. Relaciones familiares 27. Desempeño del rol
Nutrición 3. Ingestión 4. Digestión 5. Absorción 6. Metabolismo 7. Hidratación	Sexualidad 28. Identidad sexual 29. Función sexual 30. Reproducción
Eliminación 8. Sistema urinario 9. Sistema gastro intestinal 10. Sistema tegumentario 11. Sistema Pulmonar	Afrontamiento/tolerancia al estrés 31. Respuesta postraumática 32. Respuestas de afrontamiento 33. Estrés neurocomportamental
Actividad/reposo 12. Reposo sueño 13. Actividad/ejercicio 14. Equilibrio de la energía 15. Respuestas cardiovasculares/respiratorias	Principios vitales 34. Valores 35. Creencias 36. Congruencia de las acciones con los valores/ creencias
Percepción/cognición 16. Autocuidado 17. Atención 18. Orientación 19. Sensación/percepción 20. Cognición 21. Comunicación	Seguridad/protección. 37. Infección 38. Lesión física 39. Violencia 40. Peligros ambientales 41. Procesos defensivos 42. Termorregulación
Autopercepción 22. Auto concepto 23. Autoestima 24. Imagen corporal	Confort 43. Confort físico 44. Confort ambiental 45. Confort social
	Crecimiento y desarrollo 46. Crecimiento 47. Desarrollo

3er. Nivel – Concepto de diagnóstico:

El concepto diagnóstico se define como el componente principal del diagnóstico, puede constar de una o más palabras. En algunos casos se añade un adjetivo al nombre, Ej. Espiritual se le añade sufrimiento, el concepto diagnóstico queda como: Sufrimiento espiritual. [3]

4.19 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. NOC, NIC [1]

4.19.1 Sistema Multiaxial para construir conceptos diagnósticos.

Los diagnósticos NANDA-I son conceptos contruidos por este sistema, mismo que está formado por ejes. Un eje se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico; sirven para concretar el diagnostico en función de las características y manifestaciones que se indican en una respuesta humana determinada y son siete ejes. [2]

- Eje 1. Núcleo diagnostico 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.

4.19.2 Tipos de Diagnostico

Se clasifican en: Reales, de riesgo, promoción de salud y sindromico [2]

- a) **Diagnostico real/ focalizado en el problema:** 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

Diagnostica + R/C factores relacionados + M/P características definitorias

- b) **Diagnóstico de riesgo.** Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta no deseada a una afección de salud/proceso vital.

Etiqueta diagnostica R/C factor de riesgo

- c) **Diagnóstico de promoción de salud.** No requieren un factor relacionado, no hay "relacionado con" en la redacción es un 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.

- d) **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. [2]

Síndrome traumático de la violación

Etiqueta diagnostica

4.19.3 Componentes de los diagnósticos enfermeros NANDA: [52]

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

4.19.4 Formulación de enunciados diagnósticos. [3]

Es la deducción o juicio, producto de la interpretación de los datos.

- 1. Problema, enunciado o etiqueta.** Es la identificación de la respuesta de la persona es decir de los datos relevante, real que existe en el momento actual. Está siempre presente en todos los tipos de diagnóstico, y corresponde a la primera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES (P: Deterioro de la integridad cutánea).
- 2. Relacionados con.** Es la fase de asociación entre el enunciado y el factor relacionado (causa y efecto). Ej. Alteración de la integridad cutánea (R/C) con la inmovilidad.
- 3. Factor relacionado.** Es la causa u origen probable del problema, considerando la evidencia o manifestado. Puede ser determinante, es decir directo o condicionante o indirecto o contribuyente,

agregándose la evidencia, si es **objetivo** y lo manifestado o refiere es subjetivo.

Etiqueta	R/C	Factor	Evidencia
(Es el nombre del diagnóstico)	(Es la relación de causa y efecto)	Relacionado (Es la causa)	(Datos Obj. u Subjetivos)

4.20 FASE DE PLANIFICACION [3]

Constituye la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería.

Planificar significa prever, prevenir y programar actividades para lograr un objetivo; adelantando el curso de acción del proceso enfermero, plasmado en el plan de cuidados. Consiste en identificar el diagnóstico de enfermería, programar las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) fijando el propósito u objetivo, el orden y la secuencia o prioridad. [3]

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.

4.21 EJECUCIÓN o INTERVENCIÓN.

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 del proceso; las intervenciones de enfermería son el tratamiento basado en el juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de enfermería realiza para conseguir los resultados. Corresponde a la Taxonomía NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA) En 1987 con la formulación de un equipo de investigación conducido por Joanne Mc Closkey; en la Universidad de Iowa introdujo la clasificación de intervenciones NIC y en 1991 la NOC

estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso de la NANDA y otros sistemas de diagnóstico. [53]

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

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. [53]

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. [53]

4.21.1 Tipos de intervenciones de enfermería.

Estas pueden ser Independientes o interdependientes. [3]

- a) **Interdependientes.** Son actividades que llevan a cabo los profesionales de enfermería sin indicación del otro profesional, mismas definidas por los diagnósticos de enfermería, actividades que están plasmados en el NIC.
- b) **Interdependientes.** Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención

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 numero de 4 dígitos)
- 1200 actividades. Sin código.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES [3]

- **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.
- **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 comunidades.** Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

4.22 EVALUACIÓN

Resultados NOC un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de la evaluación continuo, en respuesta a una intervención enfermero.

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 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.

La evaluación esta sobre todo enfocada a evaluar la consecución y cumplimiento de los resultados [54]

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

“Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención enfermera”, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utilizan para determinar el estado del paciente. [1]

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 de acuerdo a la puntuación en diana de resultados).
4. Escala Likert 5 puntos (medir el estado del paciente)

La taxonomía NOC.- cuenta con 32 clases y 490 etiquetas; Además de tener cinco niveles: Dominios, clase, resultados, indicadores y medidas. [1]

Características de la escala de Likert

1. Cada escala se construye para que el quinto o último punto refleja la situación más deseada del paciente
2. Permiten medir el resultado en cada punto de un continuo desde el más negativo al más positivo
3. Permite controlar el progreso o no proceso: el 1 es el menos deseado y el 5 es el más deseado (existen 13 modelos de escalas que ya viene con la misma etiqueta NOC). [1]

Dominio NOC

- Dominio I. Salud funcional.
- Dominio II. Salud fisiológica
- Dominio III. Salud psicosocial
- Dominio IV. Conocimiento y conducta en salud.
- Dominio V. Salud percibida
- Dominio VI. Salud familiar
- Dominio VII. Salud comunitaria [1]

ASPECTOS TEÓRICOS DE NANDA NOC Y NIC

ETAPAS DEL PAE	USO DE TAXONOMÍAS EN EL PAE
VALORACIÓN	Se puede elegir el modelo de: LA TAXONOMIA II: Según dominios
DIAGNOSTICO	TAXONOMIA NANDA
PLANEAMIENTO	TAXONOMIA NOC (Identificar los indicadores a través de escala de Likert) antes
EJECUCIÓN	TAXONOMIA NIC (Intervenciones de Enfermería)
EVALUACIÓN	TAXONOMIA NOC (Evaluar cambios en los indicadores a través de la escala de Likert) después

4.23 DEFINICIÓN SEMANTICA

4.23.1 Definición 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. [55]

4.23.2 Lenguaje estandarizado de enfermería

Un lenguaje estandarizado de enfermería (LEE) es un conjunto de términos comúnmente entendidos, utilizados para describir los juicios clínicos implicados en la valoración (diagnostico enfermero), juntamente con las intervenciones y los resultados en la documentación de los cuidados. [2]

4.23.3 Que es NANDA internacional

La implementación de los diagnósticos mejora cada uno de los aspectos de la práctica enfermera, desde cosechar el respeto profesional a asegurar una documentación consistente que garantice la representación del juicio clínico profesional de las enfermeras y la documentación precisa. [2]

4.23.4 Definición de Taxonomía

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. [56]

4.23.5 Taxonomía Enfermería

Actividades o acciones específicas que las/los enfermeras/os realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Clasificación estandarizada, comprensiva, de intervenciones que llevan a cabo los enfermos. [57]

4.23.6 Diagnóstico de enfermería

Es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: 1. descriptor o modificador y 2. Foco del diagnóstico o concepto. [2]

4.23.7 Etiqueta diagnóstica

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

4.23.8 Factores relacionados

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

4.23.9 Características definitorias

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

4.23.10 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. Incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

4.23.11 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

4.23.12 Norma

Es un documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio de Salud, son reglas, directrices que garanticen un nivel óptimo de orden D.S. N° 28562.

4.23.13 Unidad de terapia intensiva

Es un área especial de atención, orientada especialmente a la asistencia medico enfermería de enfermos en estado agudo crítico

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen. El ser humano como todos los seres vivos ha tenido siempre necesidad de ser cuidado, porque cuidar es un acto de vida, que permite que la vida continúe; hace referencia en el esfuerzo personal de proteger, promover y preservar la humanidad. [58]

La Organización Mundial de la Salud menciona lo siguiente, “Estamos convencidos de que las enfermeras tienen funciones cada vez mayores que desempeñar para abordar los actuales problemas de salud y asegurar la prestación de servicios de gran calidad, accesibles, eficientes y sensibles para mantener los cuidados y las cambiantes necesidades de las personas”, reconociendo así la creciente importancia de las enfermeras en el equipo de atención de salud. [59].

EL adelanto de nuestra profesión, utilizando lenguajes estandarizados como es la taxonomía NANDA, NOC, NIC 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. Por lo tanto en los registros de enfermería se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que brinda el servicio y la institución. Es así como esta información constituye un canal de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna. “La omisión de las anotaciones podrían acarrear implicaciones legales, por lo que las notas de enfermería constituyen un documento legal en cuanto a la evolución y tratamiento del paciente”. [60]

La Terapia Intensiva es una unidad de especialidad, donde la enfermera registra actividades específicas como constancia escrita que realiza a diario durante su labor asistencial, siendo un documento específico que hace parte de la historia clínica, estos deben ser embase a proceso enfermero o instrumento clave para la auditoria (valoración, diagnóstico, planificación y evaluación de la asistencia prestada; para que este registro sea de calidad, debe ser objetivo, exacto, completo, conciso, actualizado, organizado y confidencial basado en el proceso enfermero capaz de contener

comentarios precisos y objetivos acerca del estado de salud. Con el propósito de la mejora de sus registros en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional del Tórax, en el año 2015 se implementó el registro de enfermería en formato S.O.A.P.I.E, considerando el proceso enfermero. Durante mi experiencia laboral en dicha institución se pudo observar que aun existían dificultades en el manejo y el registro mismo, que a la fecha no fue evaluado su aplicación y el cumplimiento según los criterios institucionales y la norma internacional, que son necesarios para su eficiencia y el cumplimiento con los criterios de calidad. Por tanto, con el presente trabajo de investigación se pretende mejorar la calidad de registro S.O.A.P.I.E en la hoja de terapia intensiva y surge la siguiente pregunta para identificar si los registros están según la norma internacional o no. [17]

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el cumplimiento del registro enfermero S.O.A.P.I.E. de acuerdo a las normas, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2017?

VII. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento del registro enfermero S.O.A.P.I.E. de acuerdo a las normas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2017.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la calidad en la estructura de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. según la norma internacional.
- Describir la calidad del contenido de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. según la norma internacional.
- Proponer una guía metodológica de registros de enfermería y hoja crítica por especialidad con el formato sistematizado S.O.A.P.I.E. y taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 AREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital del Instituto Nacional del Tórax, se encuentra ubicado en la Zona; Mira Flores C/ Claudio Sanjinés N° 1633. Está en anexo al Hospital de Clínicas, es un Hospital semi estatal, cuya finalidad es la prestación de servicios especializados, terapéuticos, preventivos y de rehabilitación a la población en general. La población elegida los registros enfermeros S.O.A.P.I.E. del expediente clínico de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos, gestión 2017.

8.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

- **Cuantitativo.** Debido a que los resultados fueron plasmados a través de datos estadísticos.
- **Descriptivo.** Porque se describe el cumplimiento del personal de enfermería en cuanto a los registros de enfermería S.O.A.P.I.E.
- **De corte transversal.** Se recolectó la información durante un periodo determinado.

8.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Se consideró como universo 310 registros enfermeros de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional del Tórax, gestión 2017

8.4 MUESTRA

Se realizó un muestreo de tipo probabilístico finito, se considera 176 registros enfermeros, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria simple de historias clínicas de la unidad de estadística, con un nivel de confianza del 95% y margen de error al 5%.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

- Z = Nivel de confianza (1.96) si la seguridad es del 95%
- N = Universo
- p = Probabilidad a favor (0.5)
- q = Probabilidad en contra (0.5)
- e = Error de estimación (0.05), en este caso 5 %
- n = Tamaño de la muestra

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.05 * 0.05 * 310}{310 * (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5 * 310}{310 * 0.0025 + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{297 * 724}{0.775 + 0.9604}$$

$$n = \frac{297 * 724}{1.7354}$$

$$n = 175.55 = 176$$

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

8.5.1 Criterio de Inclusión

Quedan incluidos los registros enfermeros de los pacientes que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos en la gestión 2017.

Registros enfermeros de los diferentes turnos que corresponda a mayor de 24 horas.

8.5.2 Criterio de Exclusión

Los registros enfermeros de pacientes internados menor a 24 horas.

8.6 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio de campo se realizó en la gestión 2017.

8.7 VARIABLES.- El presente estudio tiene un variable cualitativo nominal

8.7.1 Variable dependiente

Calidad de los registros de enfermería

8.7.2 Variable independiente.

Aplicabilidad del registro enfermero SOAPIE

- Valoración: Datos subjetivo, Datos objetivos
- Diagnostico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

8.7.3 Parámetros para medir el cumplimiento de la calidad de los registros enfermeros

NO CUMPLE	0 – 50 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	51 – 69 %
CUMPLE	70 – 100 %

8.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Calidad de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E	Cualitativo Nominal Politémico	Cumplimiento > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	<p>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, posee ciertas características como.</p> <p>Por su ESTRUCTURA:</p> <p>Donde se evalúa el área física, psicológica y social</p> <p>Por su CONTENIDO: Es la forma de los registros de enfermería SOAPIE</p>	ESTRUCTURA	Conjunto de atributos de carácter técnico, científico y teórico que poseen las anotaciones de enfermería, en las historias clínicas según normas internacionales.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continua de las anotaciones ✓ Significativa ✓ Precisión en los registros ✓ Legible ✓ Comprensible ✓ Precisa ✓ Libre de errores ✓ Fecha y hora ✓ Firma
				CONTENIDO	Es el cumplimiento de requisitos de datos que considere la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, el registro conocido como SOAPIE, el cual considera aspectos de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> S: Datos subjetivos O: Datos objetivos A: Diagnóstico P: Planificación I: Intervenciones E: Evaluación

Fuente: Elaboración propia C.R.CH.O. - 2018

VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Aplicabilidad del SOAPIE en los registros enfermería	Cualitativo Nominal Politémica	Cumplimiento > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Nivel de conocimiento teóricos a cerca de las normas del llenado del registro enfermero	1. Valoración	Datos subjetivos Datos objetivos	Nivel de aplicabilidad Frecuencia Porcentaje
				2. Diagnóstico	Registra de acuerdo a la etiqueta NANDA al establecer los tipos de diagnóstico de enfermería. Pertinencia del diagnóstico enfermero (Problema/causa/evidenciado o manifestado)	
				3. Planificación	Registra NOC de objetivos de acuerdo a problema encontrado La planeación de cuidados según prioridad del paciente	
				4. Ejecución	Registra con las etiquetas NIC. Las actividades son ordenadas según prioridad y relacionadas con NIC. Las actividades corresponden a los diagnósticos identificados	
				5. Evaluación	La evaluación corresponde a etiqueta de NOC. Relaciona la etiqueta NOC de resultados	

Fuente: Elaboración propia C.R.CH.O. - 2018

8.9 TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la recolección de los datos se utilizó la hoja de registro enfermero del expediente clínico, con el instrumento lista de cotejo para calidad de los registros enfermeros, cuyo finalidad fue evaluar calidad de registro enfermero y aplicabilidad con el formato sistemático S.O.A.P.I.E. basado en normas internacionales. Cuenta con 21 Ítems; subdivididos en estructura y contenido. El instrumento fue elaborado por la autora en base al marco teórico, revisado por la tutora y validado por expertos profesionales en el área, que contribuyeron a modificar la redacción del instrumento para su ejecución de la investigación.

8.10 PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la ejecución del presente estudio se llevaron a cabo los siguientes pasos.

1. Solicitud de autorización por escrito al Director del INT, Jefe de Enseñanza e investigación, Jefatura de enfermería para poder ejecutar el trabajo de investigación.
2. Elaboración del instrumento de chequeo “Calidad y aplicabilidad del SOAPIE, en los registros enfermeros, cuenta con 21 ítems: Subdividido en estructura (8 preguntas) y contenido (13 preguntas).
3. El instrumento, estuvo sujeto a validación de criterio, por la tutora y personal de Enfermería de los diferentes Hospitales con Maestría en el área de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, tomando en cuenta las sugerencias realizadas
4. Prueba Piloto La prueba piloto evaluando un total de 10 registros en la misma institución con la finalidad de revisar el instrumento, realizar las adecuaciones correspondientes, determinar el tiempo necesario en la evaluación de cada una de las hojas, efectividad del instrumento, así como la factibilidad de obtener una información confiable de la calidad de registro enfermero
5. Trabajo de campo: Revisión de los registros enfermeros SOAPIE, en la hoja de Terapia intensiva, gestión – 2017.
6. Elaboración de la base de datos en el programa de computación “Excel”. Para el análisis descriptivo de los datos el “Programa Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS) •

7. Consolidación de los datos
8. Análisis de resultados.
9. Finaliza con propuesta de elaboración de una guía metodológica de registros de enfermería por especialidad con S.O.A.P.I.E. y TAXONOMIA NANDA, NOC Y NIC.

IX. CUESTIONES ÉTICAS

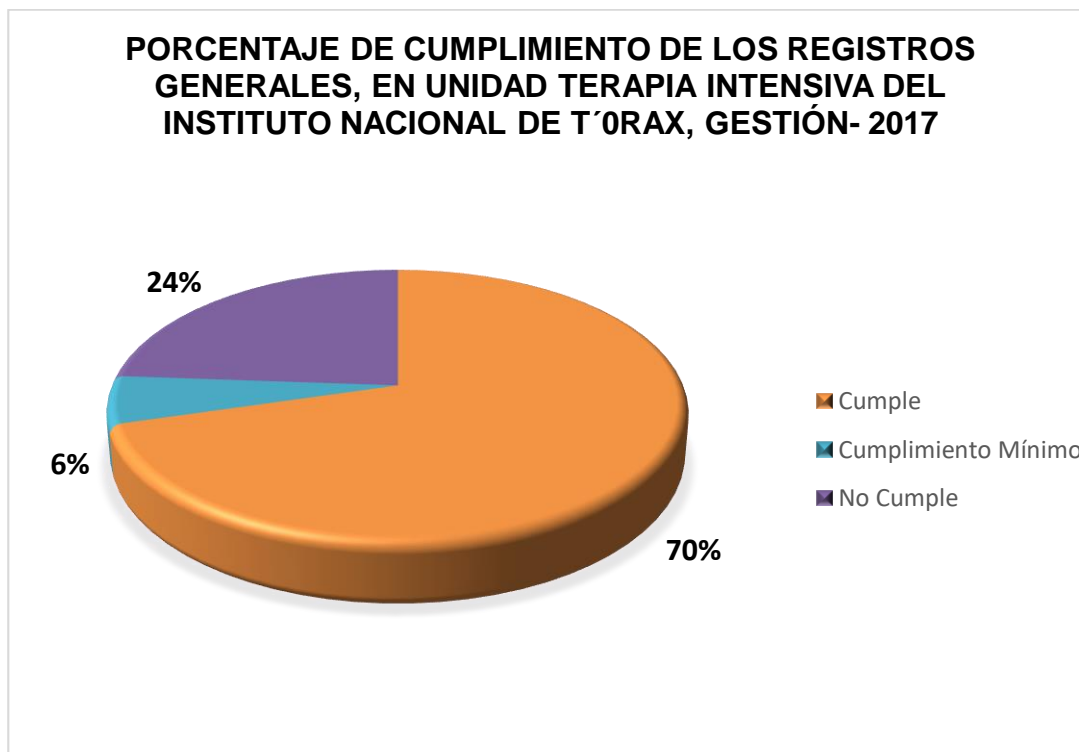
Antes del inicio de la investigación, se solicitó autorización para la ejecución de la investigación al Director, Jefe de enseñanza y Jefatura de enfermería del Instituto Nacional del Tórax, con el propósito de mejorar el registro enfermero S.O.A.P.I.E. en la unidad de cuidados intensivo del INT. (VER ANEXO).

X. RESULTADOS

Estudio realizado con 176 registros enfermeros SOAPIE, por profesionales en enfermería; para el análisis estadístico se aplica el método descriptivo, que a continuación se grafican los resultados obtenidos.

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO ENFERMERO S.O.A.P.I.E. SEGÚN DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA

GRÁFICO No. 1



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

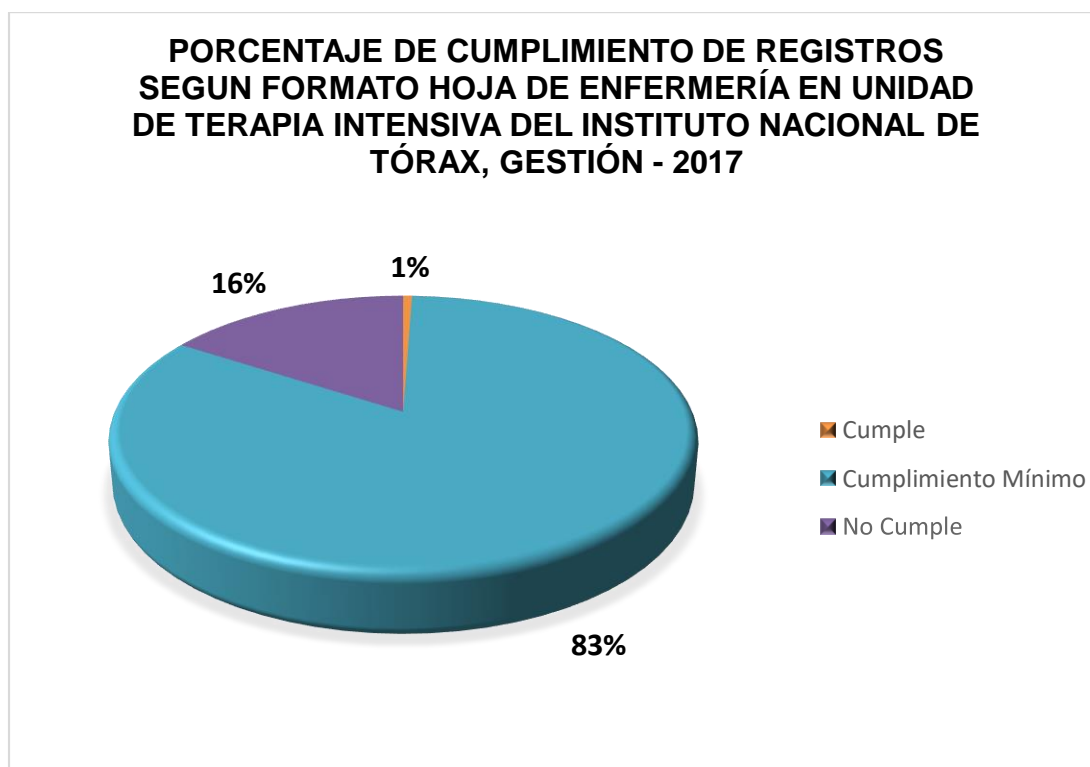
INTERPRETACION:

El gráfico nos muestra según la dimensión de estructura, que el 70% de los registros de enfermería evaluado, cumple con las normas de registro, en relación a los datos personales (Nombre, edad, N° de historia clínica, fecha y hora) y no cumplen el 24%, y el 6 % tiene un cumplimiento mínimo.

ANÁLISIS:

Estos datos pertenecen a la norma básica del expediente clínico, siendo una información importante para conocer al paciente.

GRÁFICO No. 2



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

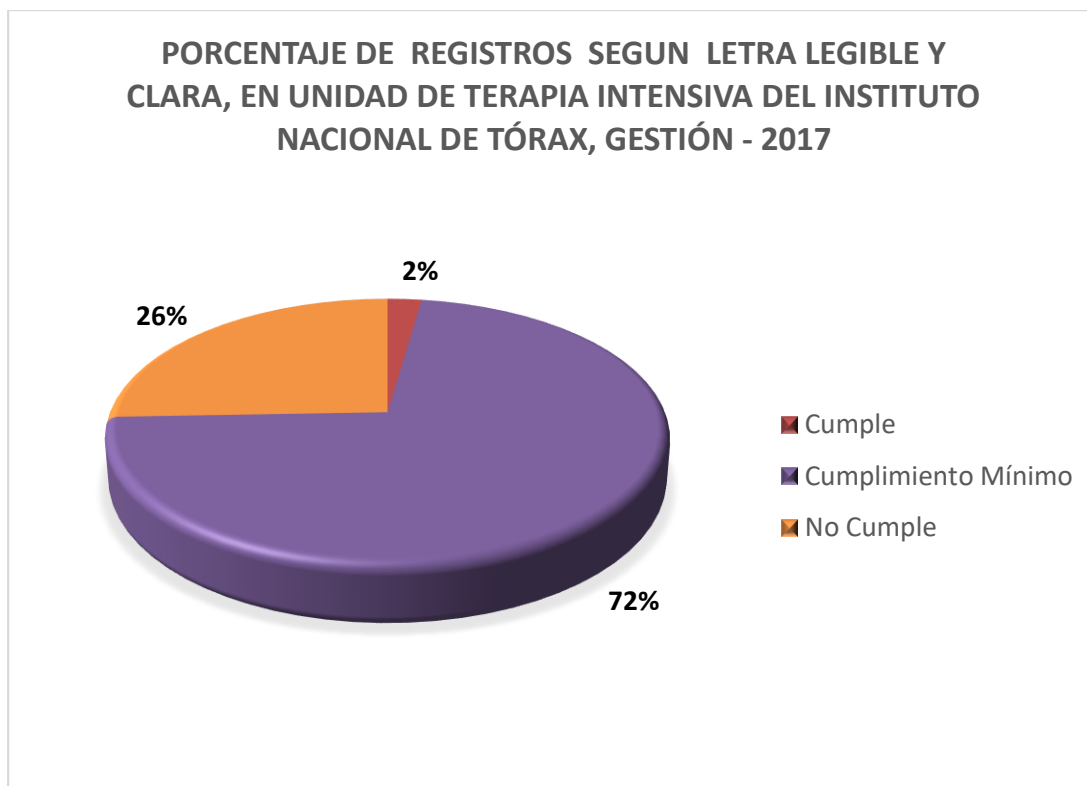
INTERPRETACION:

El gráfico nos muestra según la dimensión de estructura, que el 83% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación al formato de la hoja de enfermería S.O.A.P.I.E. y con 16% no cumplen y solo el 1% si cumple.

ANÁLISIS:

Se puede evidenciar que las profesionales en enfermería no respetan el registro sistematizado S.O.A.P.I.E.

GRÁFICO No. 3



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

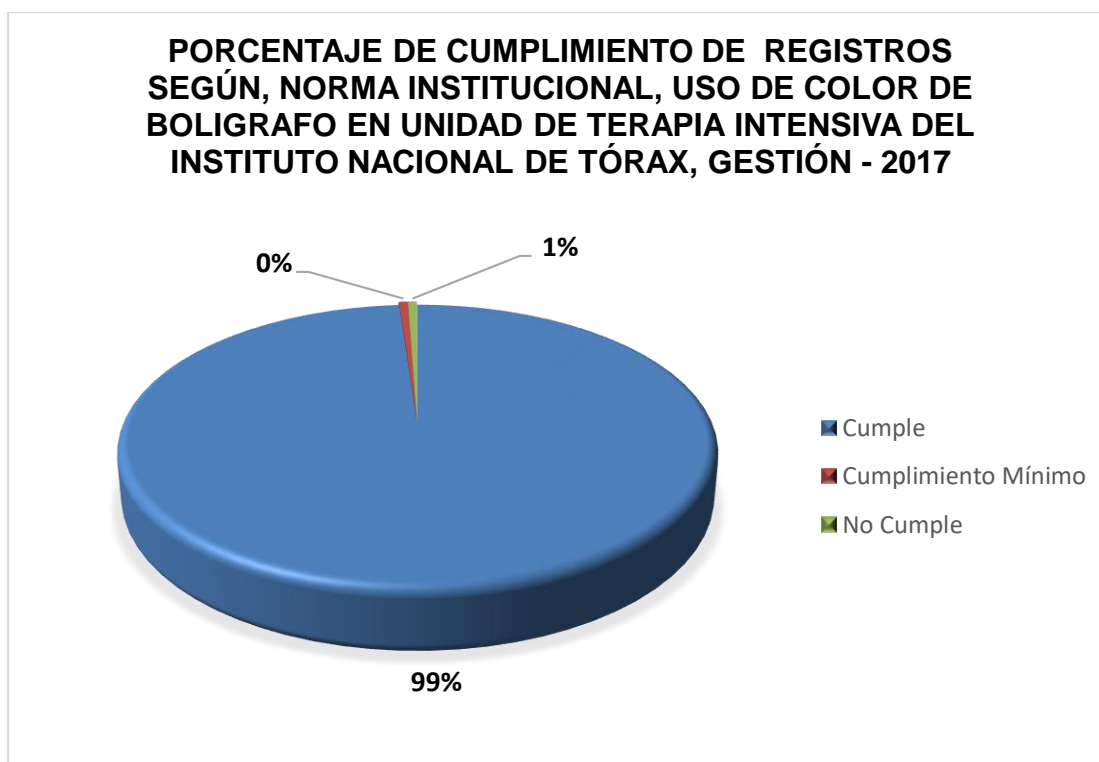
INTERPRETACION:

El grafico nos muestra según la dimensión de estructura, que el 72% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, letra legible y clara, el 26% no cumple, y solo el 2 % cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las profesionales en enfermería no tienen letra legible y clara, lo que puede interferir en las interpretaciones; los registros deben ser en imprenta como indica la norma.

GRÁFICO No. 4



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

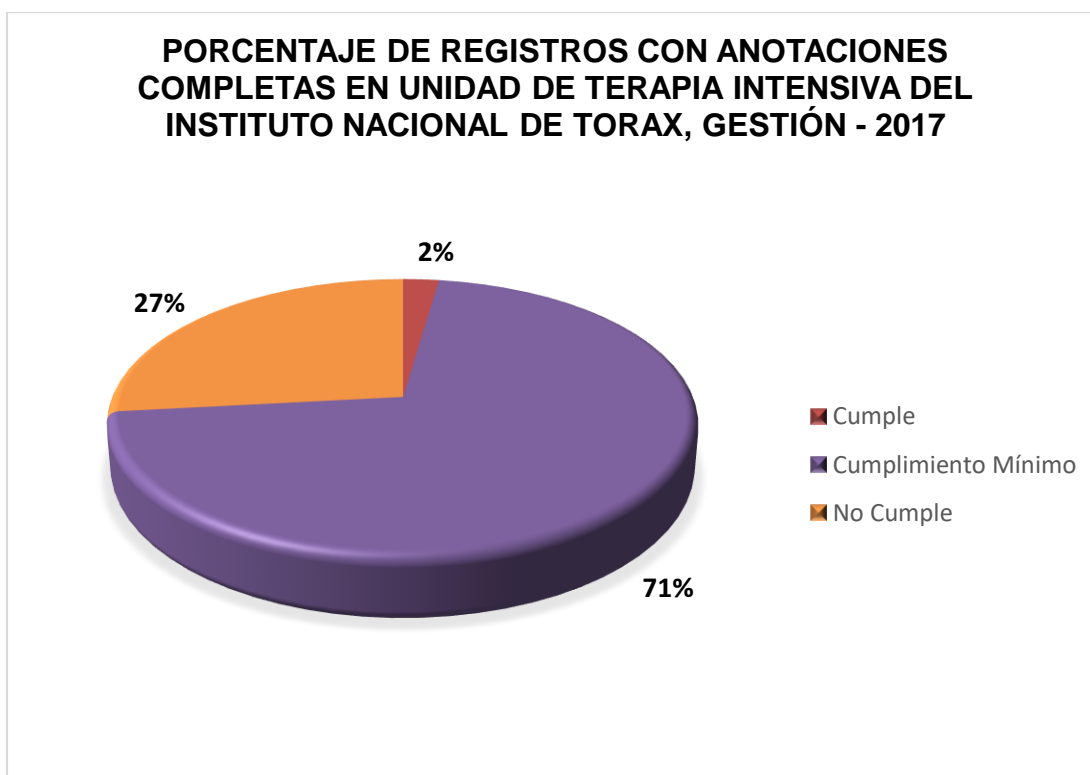
INTERPRETACION:

El grafico nos muestra según la dimensión de estructura, que el 99% cumple con las normas de registro enfermero en relación, con el color de bolígrafo y turno designado, y el 1% no cumple, y solo el 0,9 % tiene un cumplimiento mínimo.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las profesionales en enfermería cumplen con las normas institucionales.

GRÁFICO No. 5



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

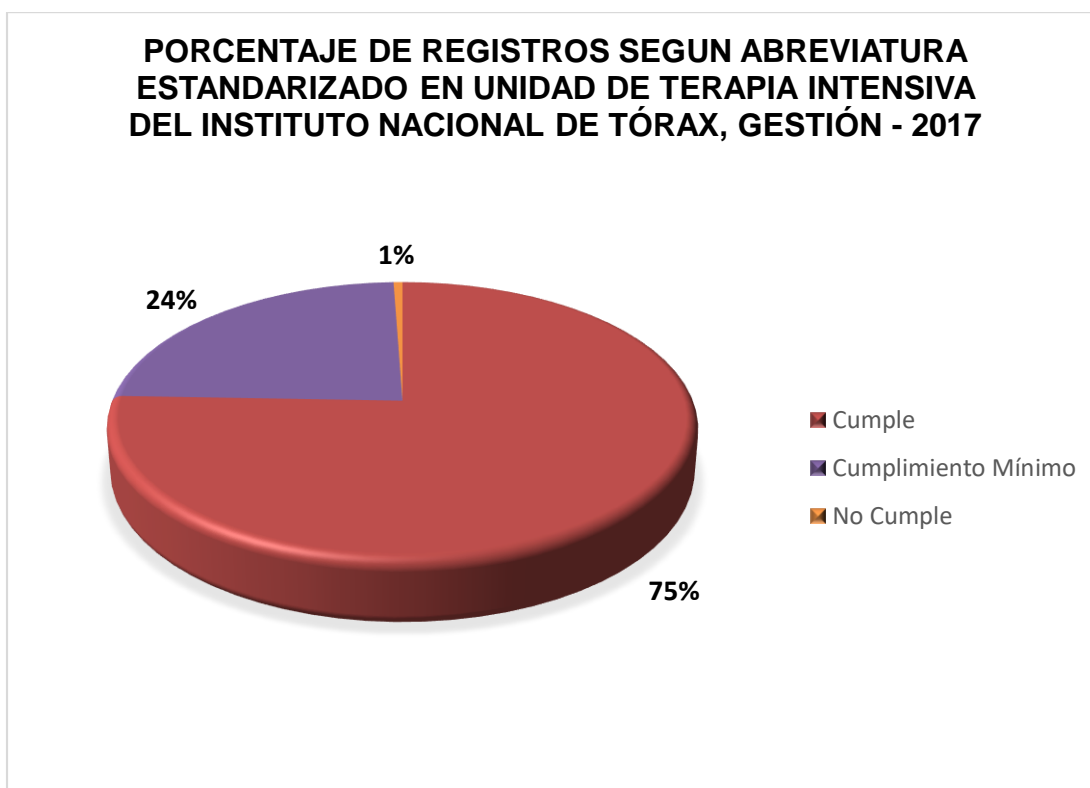
INTERPRETACION:

El gráfico nos muestra según la dimensión de estructura, que el 71% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, a las anotaciones completas sin dejar espacio en blanco, un 27% no cumple, y solo el 2% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las profesionales en enfermería tienen un cumplimiento mínimo con las normas internacionales.

GRÁFICO No. 6



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

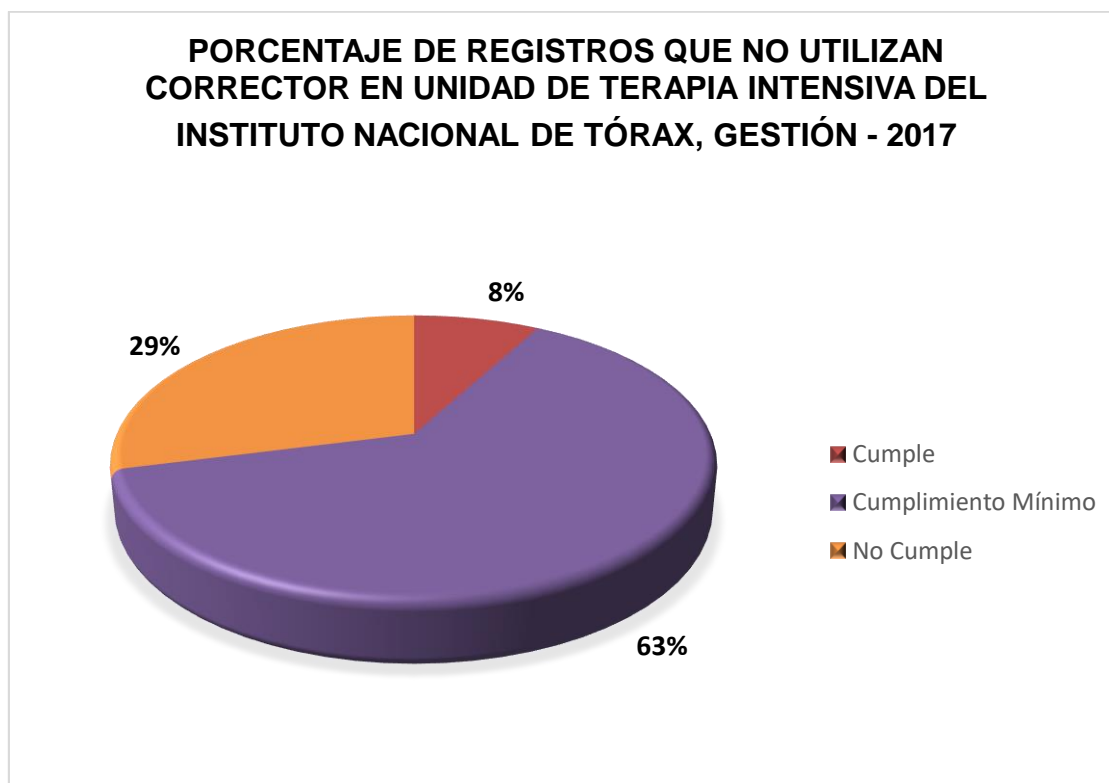
INTERPRETACION:

El grafico muestra según la dimensión de estructura, que el 75% cumple con las normas de registro de enfermería en relación, al uso de abreviaturas estandarizado, un 24% tiene cumplimiento mínimo, y solo el 1 % no cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las profesionales en enfermería cumplen con las normas estandarizadas a nivel internacional.

GRÁFICO No. 7



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

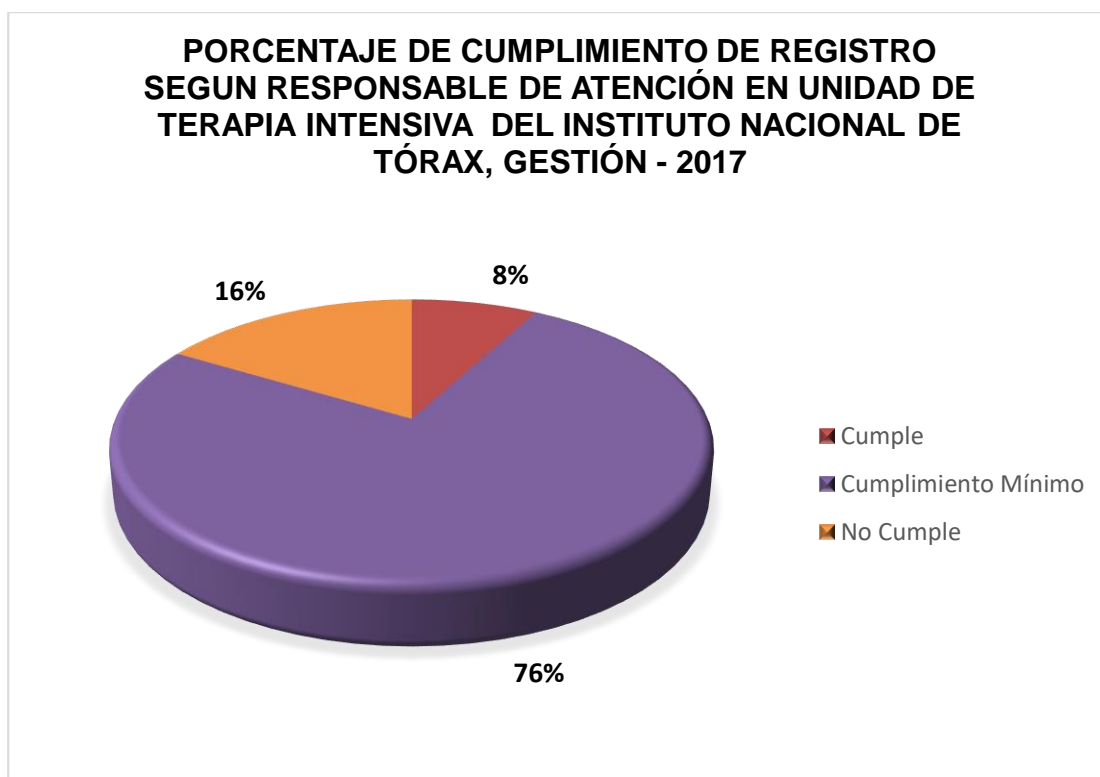
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de estructura, que el 63% tiene cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, al registro sin borrones, sin corrector y con limpieza, y el 29% no cumple, y solo el 8 % cumple.

ANÁLISIS:

Lo que hace suponer que las profesionales en enfermería no respetan las normas internacionales de registro, esto puede ser por la carga laboral y desconocimiento.

GRÁFICO No. 8



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

INTERPRETACION:

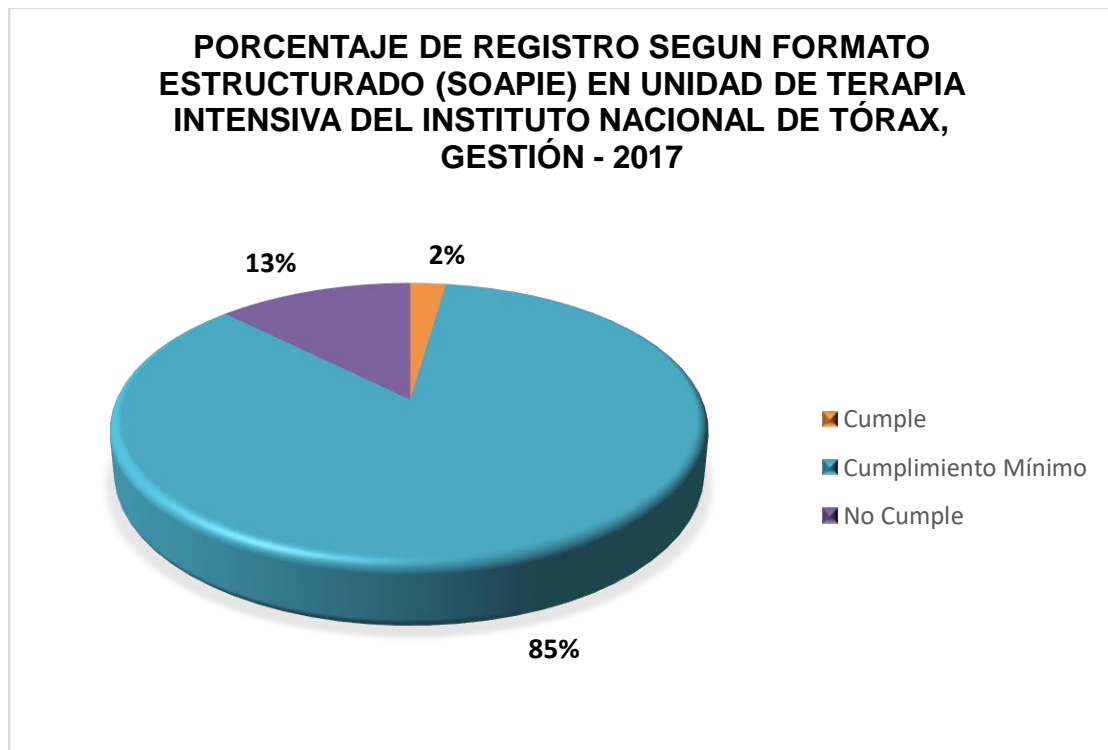
El gráfico muestra según la dimensión de estructura, que el 76% tienen un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, a la identificación con sello y firma, y el 16% no cumple, solo el 8% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las profesionales en enfermería no cumplen con las normas internacionales.

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO ENFERMERO S.O.A.P.I.E.
SEGÚN DIMENSIÓN DE CONTENIDO**

GRÁFICO No. 9



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

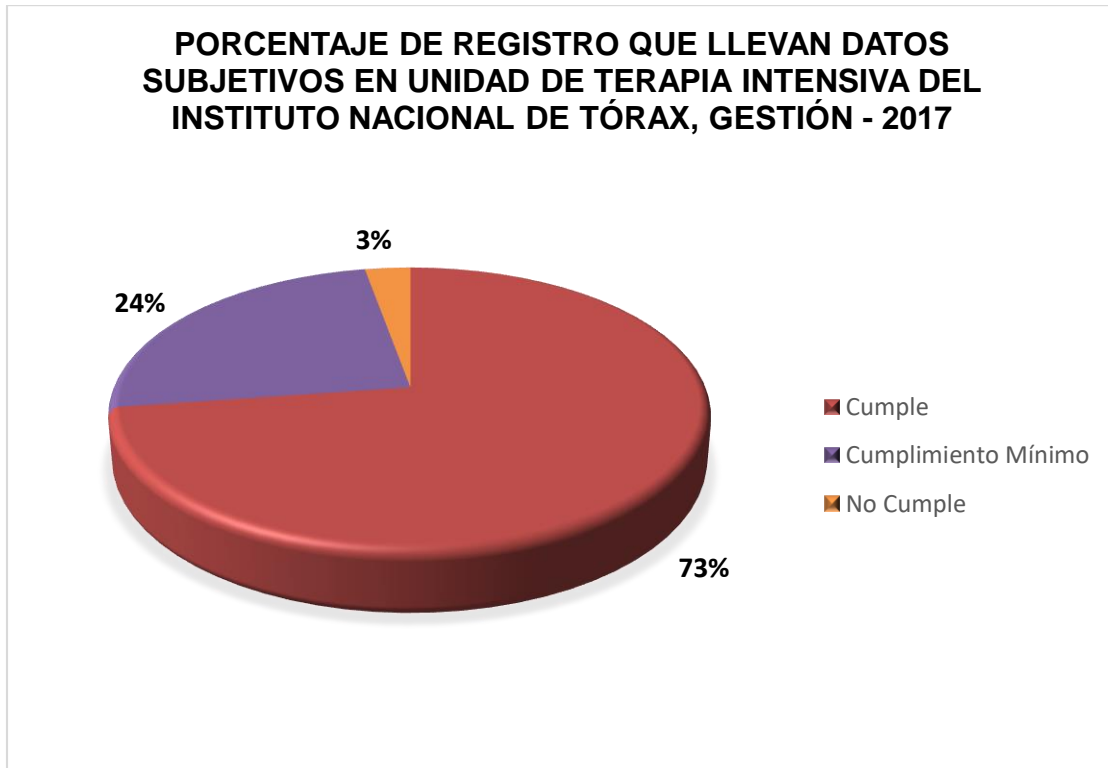
INTERPRETACION:

El grafico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 85% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, a la aplicación del formato estructurado según SOAPIE de acuerdo a la Taxonomía II, el 13% no cumple, y solo el 2% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que no aplica el método sistemático SOAPIE, 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.

GRÁFICO No. 10



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

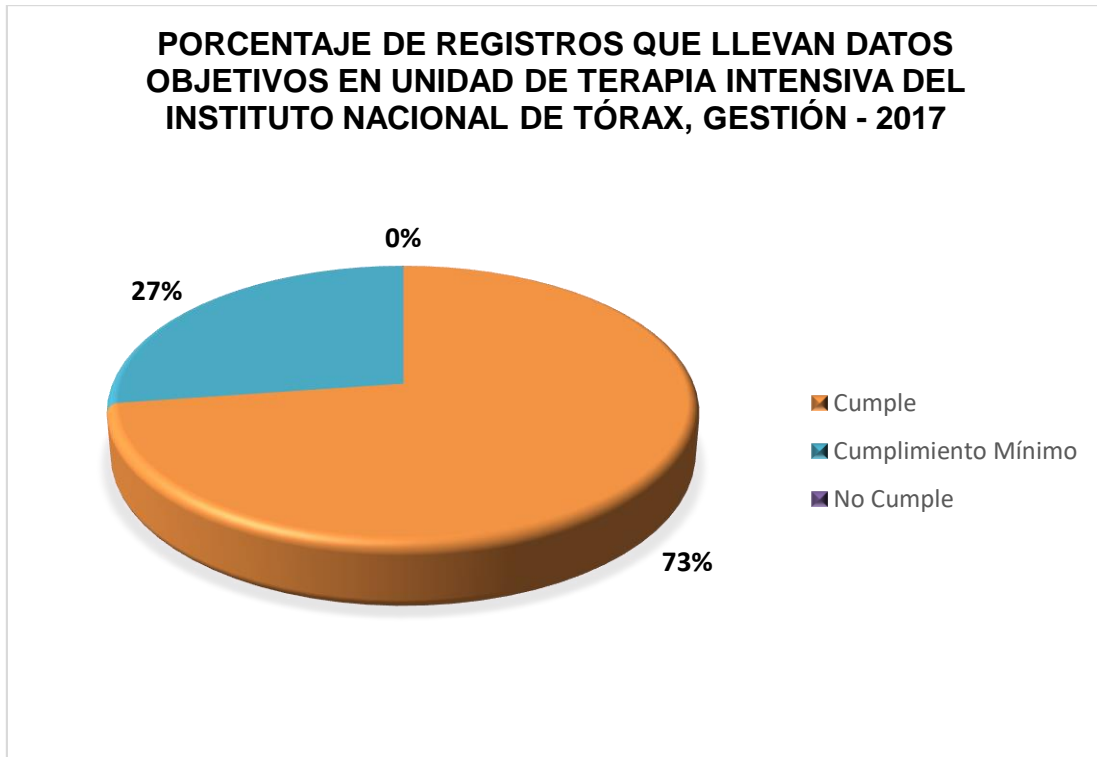
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 73% cumple con las normas de registro de enfermería en relación, a los datos subjetivos del paciente, el 24% tiene un cumplimiento mínimo, y apenas el 3% no cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que los datos descriptivos se obtuvieron adecuadamente, observando cómo se comporta el paciente, escuchando cómo describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión; que corresponde mayor al 70%.

GRÁFICO No. 11



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

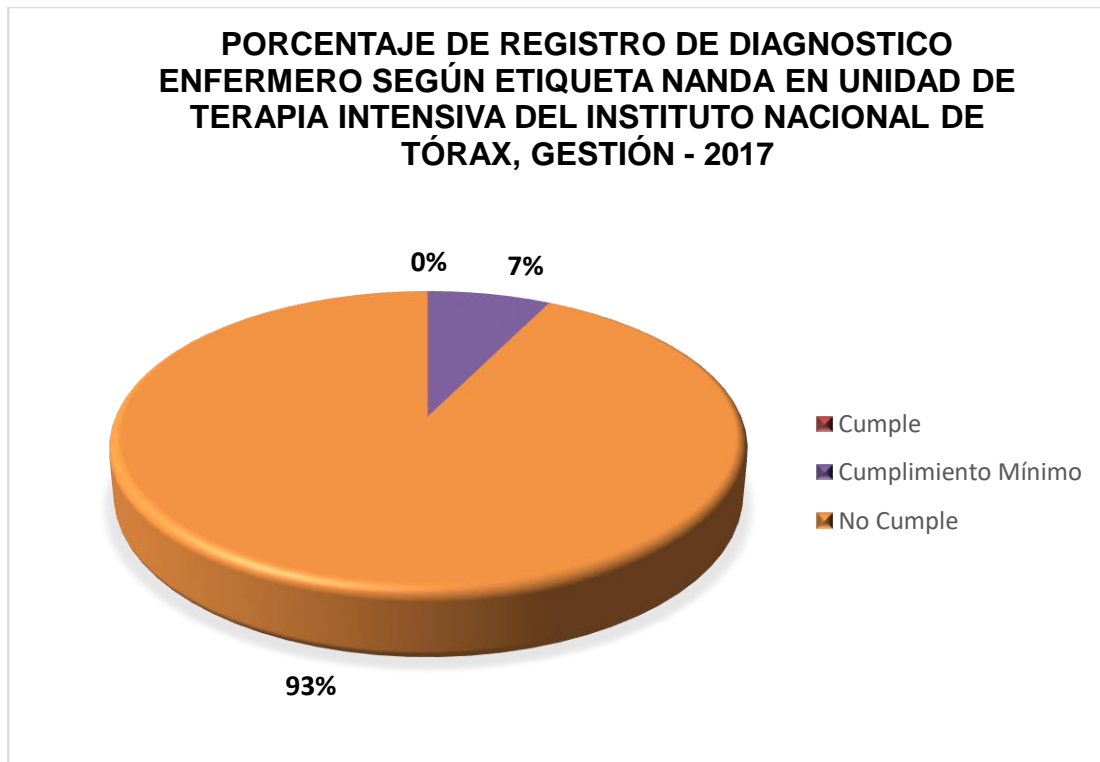
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 73% cumple con las normas de registro de enfermería en relación, a los datos objetivos del paciente, y el 27% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% no cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que los resultados son superiores al 70% del parámetro establecido para medir el cumplimiento de calidad en los registros; mismos se obtienen a través de la observación y la exploración física.

GRÁFICO No. 12



Fuente: Elaboración propia. C.R. CH.O. 2018

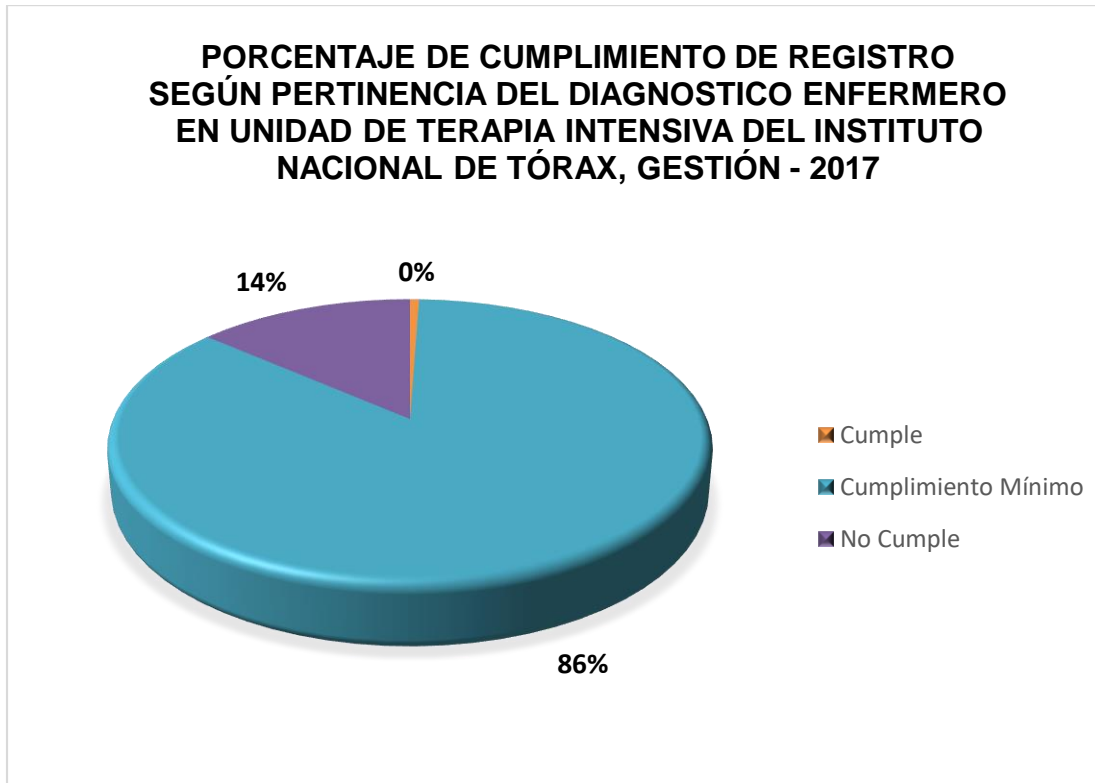
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 93% no cumple con las normas de registro de enfermería en relación, al lenguaje estandarizado de la taxonomía NANDA al establecer los tipos de diagnóstico enfermero, y el 7% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las etiquetas diagnósticas no tienen una descripción clara y concisa del problema; siendo que las enfermeras tratan las respuestas humanas a los problemas de salud / procesos vitales de la persona, familia, grupo y comunidad. Dichas respuestas son el objeto principal del cuidado enfermero.

GRÁFICO No. 13



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O.2018

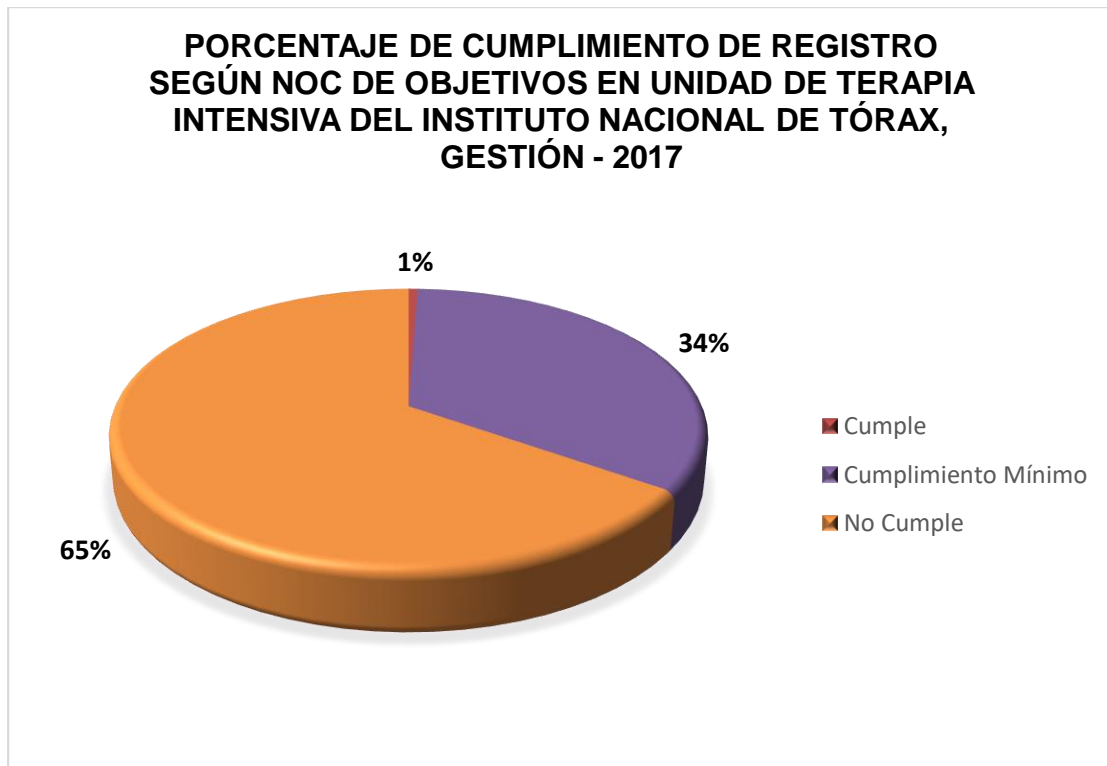
INTERPRETACION:

El grafico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 86% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, a la pertinencia del diagnóstico enfermero, el 14% no cumple, y el 0% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que los diagnósticos de enfermería no se formulan adecuadamente; se debe describir el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Dichas descripciones son el objeto principal del cuidado enfermero.

GRÁFICO No. 14



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

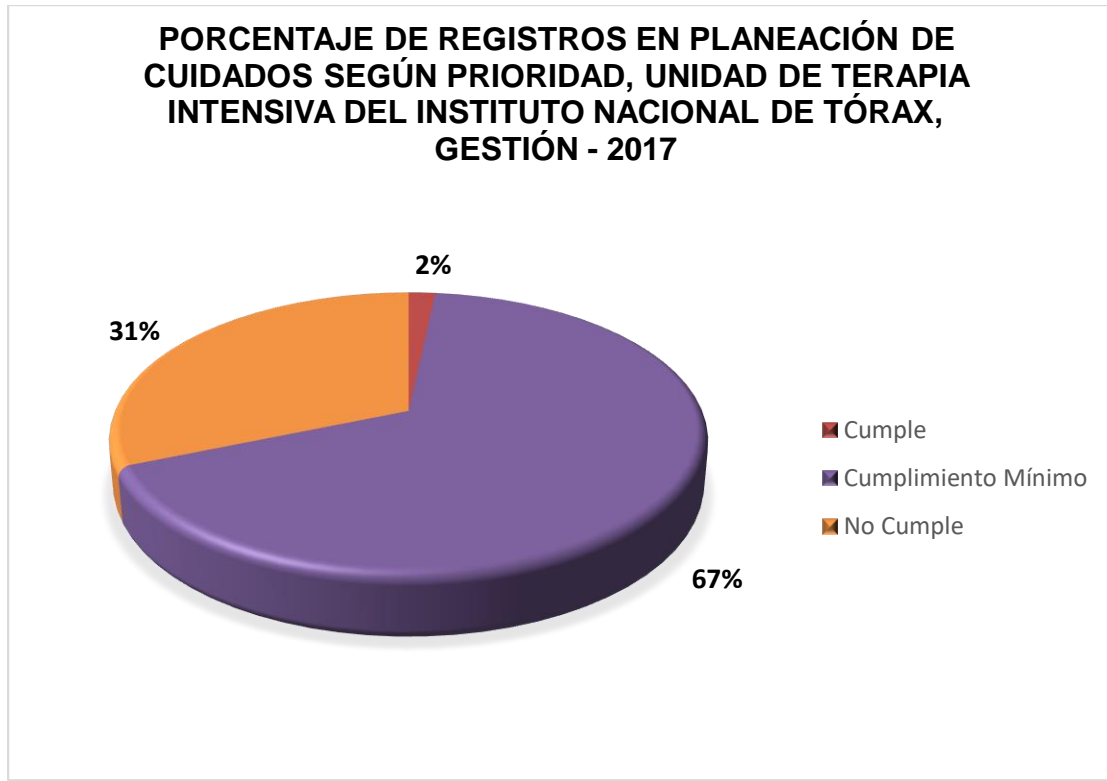
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 65% no cumple con las normas de registro de enfermería en relación, al NOC de objetivos de acuerdo al problema encontrado, el 14% tiene un cumplimiento mínimo, y apenas el 1% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que no se cumple con la planificación de objetivos, esto implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar respuestas saludables del paciente, reducir o corregir las respuestas identificadas en el diagnóstico de enfermería, es decir se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

GRÁFICO No. 15



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

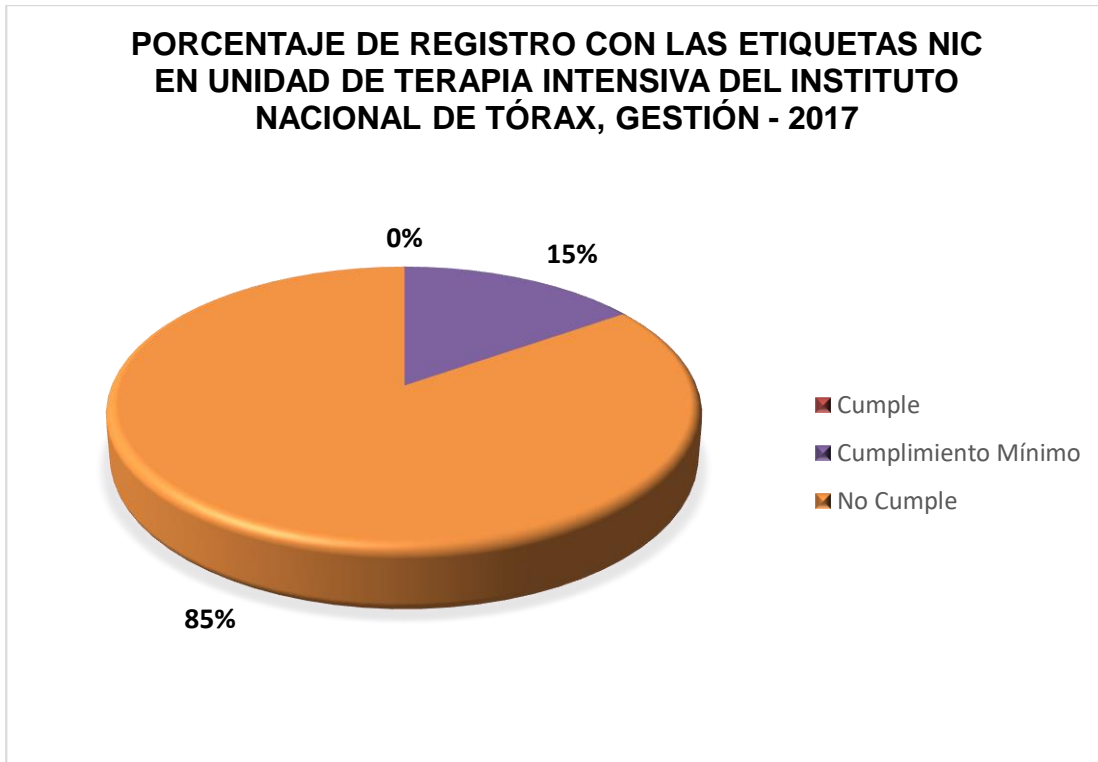
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 67% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, a la planeación de cuidados según prioridad, el 31% no cumple, y solo el 2% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que la enfermera no planifica los cuidados de acuerdo a prioridad. Aquí radica la relevancia clínica del diagnóstico: su utilidad en la práctica, de facilitar en la planificación de un cuidado enfermero efectivo.

GRÁFICO No. 16



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

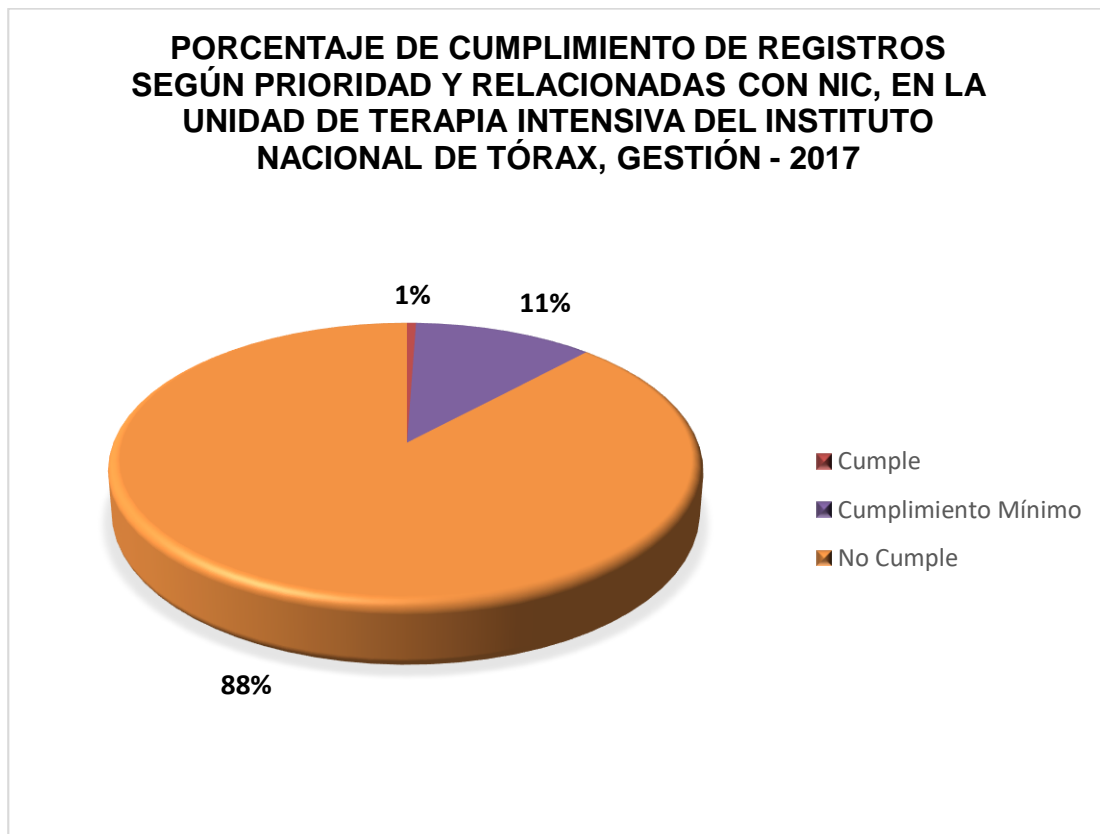
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 85% no cumple con las normas de registro de enfermería en relación, al registro con las etiquetas NIC, el 15% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que el registro se realiza sin etiquetas NIC, siendo que es una sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan; una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y conocimiento clínico para realzar los resultados del paciente.

GRÁFICO No. 17



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

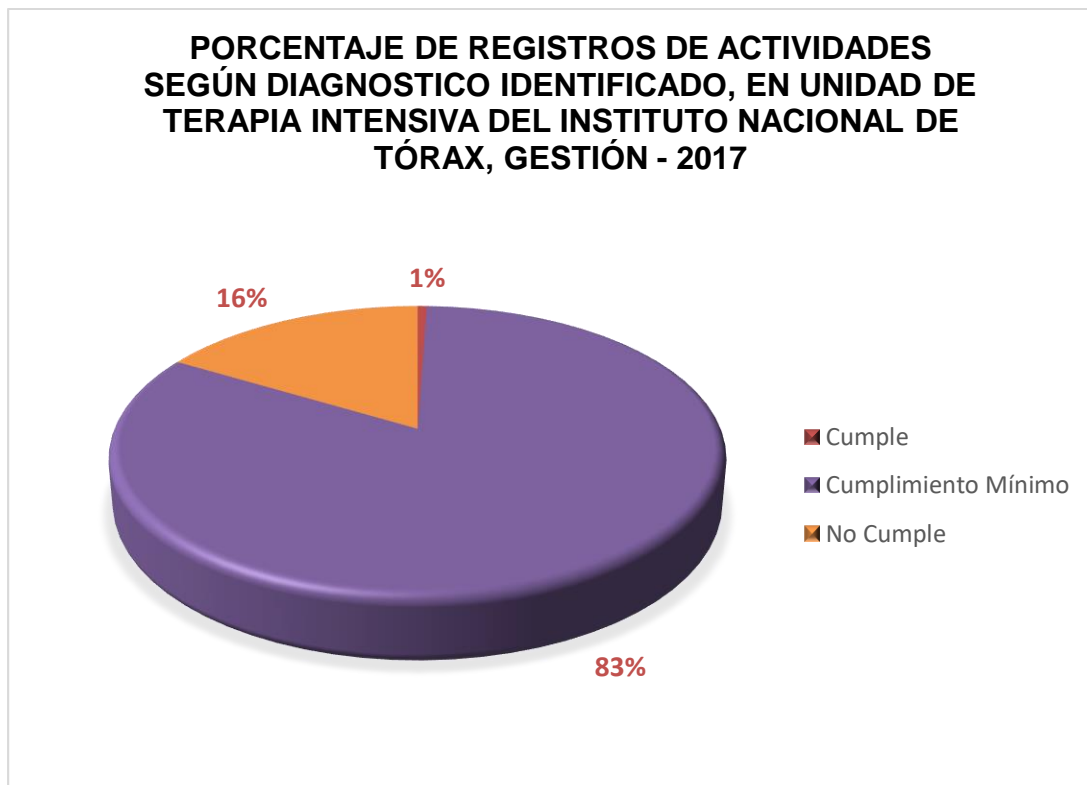
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 88% no cumple con las normas de registro de enfermería en relación, al orden según prioridad y relacionada con NIC, el 11% tiene un cumplimiento mínimo, y solo el 1% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las actividades no tienen secuencia no establece prioridades en el orden de los cuidados, no son relacionados con NIC. El plan debe garantizar la calidad del cuidado de enfermería, es preciso ejercitar la crítica reflexiva y la emisión de juicios fundamentados para tomar decisiones, resolver y atenuar el problema del paciente.

GRÁFICO No. 18



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

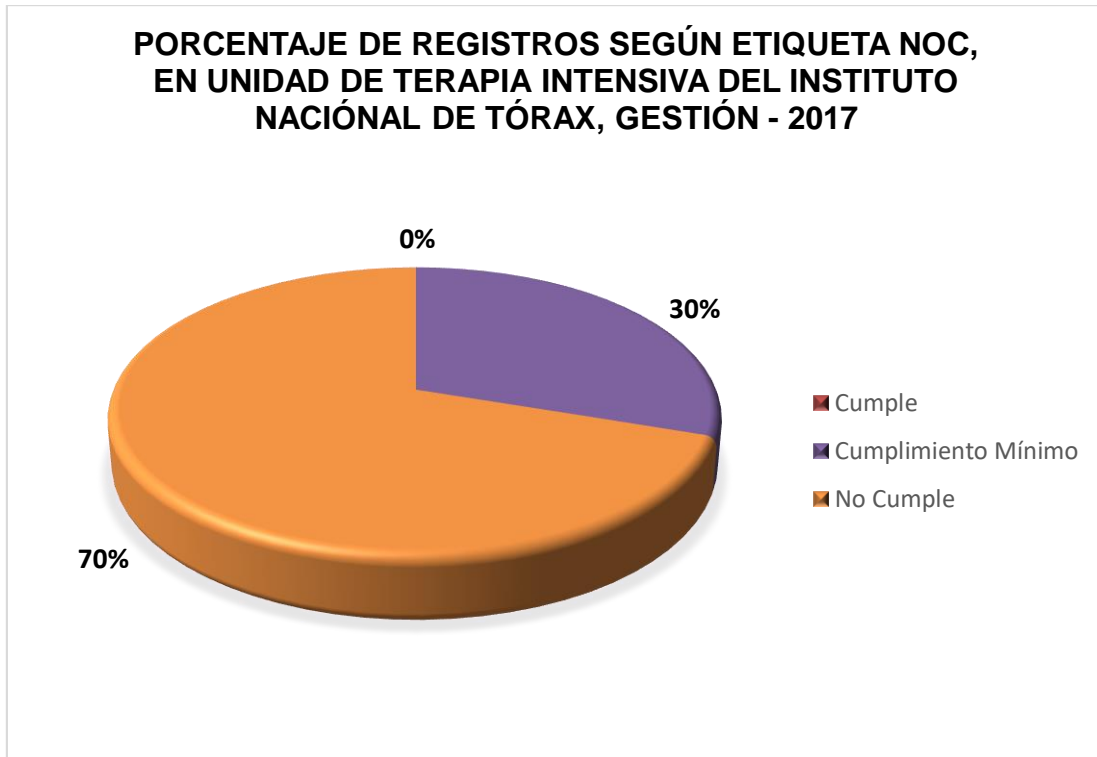
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 83% tiene un cumplimiento mínimo las intervenciones con el diagnóstico de enfermería específico, el 16% no cumple, y solo el 1% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que las actividades o las intervenciones no son, en relación a los diagnósticos. La intervención de enfermería consiste en poner en marcha las decisiones tomadas en la planificación, es decir ejecutar las actividades planificadas y necesarias para conseguir el resultado esperado del cuidado enfermero.

GRÁFICO No. 19



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O.2018

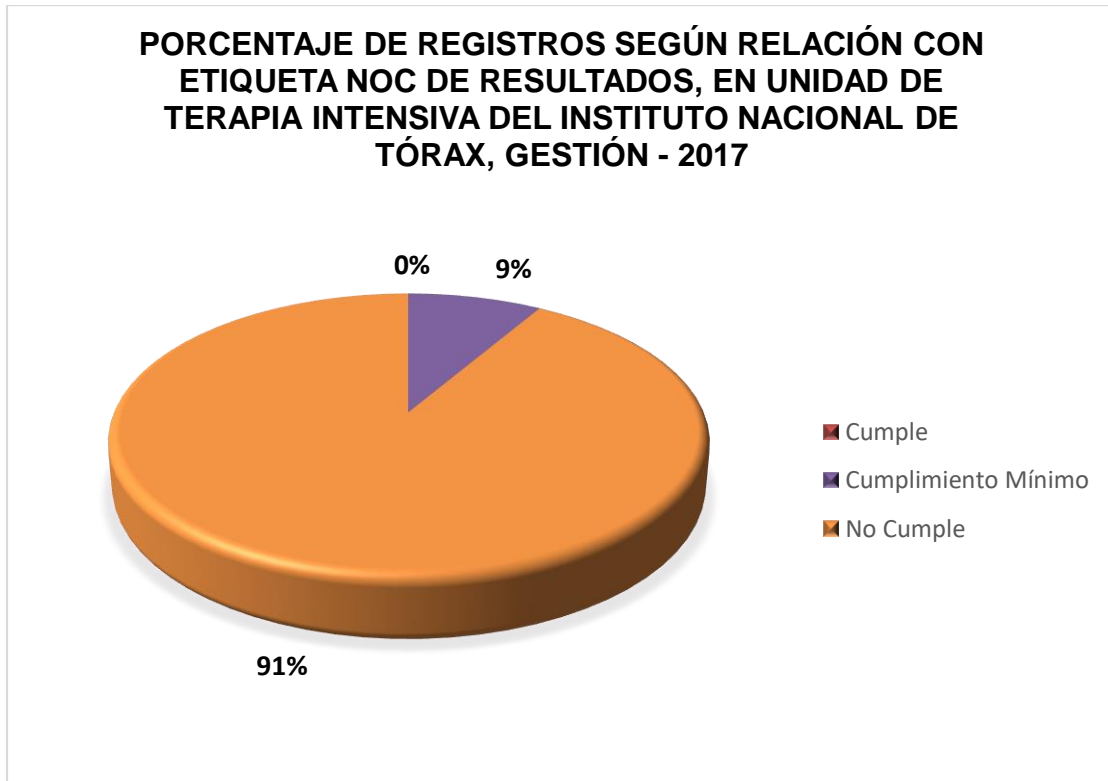
INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 70% no cumple con la evaluación de las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados NOC, el 30% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que no evalúan la eficacia de los cuidados brindados, no mide la respuesta del usuario a las intervenciones de enfermería y el progreso hacia el logro de los resultados esperados. Se pudo observar que son pocos los que registran la evaluación y otros prefieren dejar en blanco.

GRÁFICO No. 20



Fuente: Elaboración propia. C.R.CH.O. 2018

INTERPRETACION:

El gráfico muestra según la dimensión de contenido de los registros de enfermería evaluados, que el 91% no cumple con la relación de etiqueta NOC, de resultados, y el 9% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple.

ANÁLISIS:

Lo que significa que no cumple con la evaluación de las intervenciones de enfermería en base a la evolución del paciente. Sin embargo la evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones.

XI. DISCUSIÓN

Después de realizar la descripción y análisis estadístico de las variables que se evaluaron para determinar la calidad de los registros de enfermería SOAPIE, no cumplen con la dimensión de estructura y de contenido, se obtuvieron resultados que concuerdan con otros estudios similares.

A nivel internacional existe variedad de estudios referentes al presente estudio; en México el 85% de los registros enfermeros son llenados con suma rigurosidad. En Chile el 89% de los registros presentan los datos necesarios y pertinentes del paciente. En Tacna- Perú las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad

Bravo A. Aramiz M. (Arequipa – Perú 2018), estudio realizado “Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería- C.S.J.D de Arequipa, 2017”. El estudio realizado fue de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacionar. La población de estudio estuvo conformada por 58 enfermeras(os) que laboran en los diferentes servicios de la Clínica; el método utilizado fue la encuesta y la observación, como técnica la entrevista y el levantamiento documental y como instrumentos una ficha individual para la clasificación de la población, el cuestionario sobre Nivel de conocimientos del modelo SOAPIE para el profesional de enfermería y una lista de cotejo para verificación de la “calidad de las notas de enfermería, la cual tuvo como propósito identificar la calidad de las anotaciones de enfermería, midiendo ambas, cada una de sus preguntas con escalas ordinales de Bueno, Regular y Malo. Se concluye que los conocimientos de las enfermeras acerca del modelo SOAPIE en el aspecto general es regular con un 72,4% y en el ámbito específico con un 51,7% y que la aplicación del SOAPIE en un caso clínico se muestra buen nivel con un 46,6%, obteniéndose una calificación global, (específicamente aspectos del SOAPIE) regular en un 67,2% y una calificación total 70,7% de manera regular. La calidad de las anotaciones de enfermería es óptima con un 63,2% seguido de una calidad regular en un 33,3%.

Quispe P. Elizabeth (Lima – Perú 2017) estudio realizado “Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2016”, concluyeron que el 55,0% de las notas de enfermería tienen regular calidad en su registro, el 80,0% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 97,0% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE). Estudio realizado de tipo cuantitativa y de corte transversal descriptiva; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería, la población estuvo conformada por 63 historias clínicas correspondientes al II semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación.

Los resultados del presente estudio muestran:

Podemos observar según la **dimensión de estructura**, que el 72% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, letra legible y clara, el 26% no cumple, y solo el 2 % cumple. Respecto a las anotaciones completas el 71% tiene un cumplimiento mínimo, un 27% no cumple, y solo el 2 % cumple. Cabe mencionar que el 63% tiene cumplimiento mínimo según uso de corrector y el 29% no cumple, y solo el 8 % cumple. Y de acuerdo al responsable de actividad el 76% tienen un cumplimiento mínimo y el 16% no cumple, solo el 8 % cumple. Lo que hace suponer la falta de datos de identificación del paciente, errores gramaticales, uso de correctores, líneas en blanco firmas ilegibles y sin sello, que las profesionales en enfermería no cumplen la norma.

De acuerdo a la **dimensión de contenido** de los registros de enfermería evaluados que el 85% tiene un cumplimiento mínimo con las normas de registro de enfermería en relación, a la aplicación del formato estructurado según SOAPIE de acuerdo a la Taxonomía II, el 13% no cumple, y solo el 2% cumple. De acuerdo a la valoración subjetiva el 73% cumple con el registro y el 24% tiene un cumplimiento mínimo, y apenas el 3% no cumple. Respecto a la valoración objetiva el 73% cumple con las normas de registro, y el 27% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% no cumple. En la formulación de diagnósticos de acuerdo al lenguaje estandarizado de la taxonomía el 93% no cumple, y el 7% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple. De acuerdo

al NOC de objetivos el 65% no cumple con el problema encontrado y el 14% tiene un cumplimiento mínimo, y apenas el 1% cumple. El registro con las etiquetas NIC el 85% no cumple y el 15% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple, la evaluación en base a la etiqueta NOC el 70% no cumple y el 30% tiene un cumplimiento mínimo, y el 0% cumple. Lo que significa que no aplica el método sistemático SOAPIE, para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente.

Por lo tanto no se está aplicando el proceso enfermero que es instrumento propio de enfermería, esta hoja es llenada es registrada por las profesionales en enfermería. Sin embargo existen todavía dificultades en su implementación.

XII. CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos en esta investigación se llegó a la siguiente conclusión:

En la unidad de cuidado intensivo del Instituto Nacional de Tórax, se evaluó la calidad de los registros enfermeros del formato sistematizado S.O.A.P.I.E, de la hoja de registro de Unidad de Terapia Intensiva, según su dimensión de estructura y contenido, mediante una lista de chequeo de 176 registros, identificando el incumplimiento de las normas de registro, donde se pudo conocer que no cumplen con la calidad de los registros enfermeros.

- La valoración de enfermería se realiza por sistemas, no se basa en una teoría de enfermería en concreto, que actualmente se basa en la Taxonomía II por dominios.
- Los diagnósticos de enfermería, no se plantean de acuerdo a la etiqueta NANDA al establecer los tipos de diagnóstico enfermero, obviando el lenguaje estandarizado de la Taxonomía; 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.
- De acuerdo a la Taxonomía NOC de resultados, no cumplen con estrategia para reforzar respuestas saludables del paciente, reducir o corregir las respuestas identificadas en el diagnóstico enfermero.
- No plantean intervenciones con etiquetas NIC. Solo registran un conjunto de actividades, la evaluación NOC no responde al diagnóstico.

Para el logro en nuestra profesión debido al alcance científico, es necesario una guía para el registro enfermero con la aplicación de la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

XIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva utilizar el método sistematizado S.O.A.P.I.E. y las taxonomías (NANDA, NOC, NIC) para evidenciar el cuidado prestado de acuerdo a normas internacionales existentes, como indicador de calidad.
- A la unidad de cuidados intensivos, se plantea utilizar como aporte científico “Guía metodológica de registro enfermero SOAPIE y taxonomía NANDA, NOC y NIC; el cual permitirá mejorar la actividad profesional en cuanto al registro y la calidad de atención; con el único propósito de satisfacer a los usuarios y a la eficacia y eficiencia organizacional, demostrando la trascendencia para el desarrollo del ejercicio profesional. Fortaleciendo al conocimiento científico con la capacitación teórico y práctico de la guía.
- Desarrollar nuevos estudios, relacionados al tema; que permita identificar otras variables que puedan afectar al registro sistematizado SOAPIE.

XIV. BIBLIOGRAFIA

- [1] Bravo P. M. Guia Metodológica del PAE Planes de cuidados con NANDA NOC Y NIC. 4 ta ed. Perú: Grafica Jesus; 2016.
- [2] Herdman T.H., Kamitsuru S. NANDA Internacional, Inc, DIAGNÓSTICOS ENFERMERO. Definiciones y Clasificación, España: Elsevier; 2015 - 2017.
- [3] Cortez G., Castillo F. Guia para Elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de Atención de Enfermeria en Especialidades. 6ta. Ed. Perú: Grafica Jesus; 2012.
- [4] Montes R. «Registros de Enfermeria,» de Novillo, España, 2011.
- [5] Morales L. S. Calidad de las notas de Enfermeria en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Moquera - 2011, Tacna – Perú; 2012.
- [6] Quispe M. C. Calidad en registros de Enfermeria Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, area de pediatria enero a junio. La Paz – Bolivia; 2009.
- [7] Meneses Q. P. Calidad del registro de enfermeria S.O.A.P.I.E. en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Hospital del Seguro Social Universitario La Paz. La Paz – Bolivia; 2012.
- [8] Atahuachi A. R. Estandarización de Diagnosticos de Enfermeria con la Taxonomia NANDA, NIC, NOC, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital del Seguro Social Universitario La Paz. La Paz – Bolivia; 2014.
- [9] Chipana G. M. Aplicación del Proceso Enfermero con el formato sistematico S.O.A.P.I.E. en el registro de enfermeria de la unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Torax. La Paz – Bolivia; 2014 - 2015.
- [10] Cordero G. L. «en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>,» 3 4 2008. [En línea]. Available: Venezuela Biblioteca Las casas. [Último acceso: 10 Junio 2017].
- [11] Arribas A., Hernández M. «Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (II),» NURE Investigación, vol. 12, p. 75, 2015.
- [12] Bravo A. A. "Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermeria". Tesis., vol. 1, nº 1, p. 6, 2018. Tacna Perú.
- [13] Quispe E. "Calidad de las notas de enfermeria en la Unidad de Tratamiento Intermedio Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasias"., Tesis, vol. 1, nº 1, p. 5, 2017, Lima Perú.
- [14] Aguilar C. Edith, "Anotaciones, que hablan por ti en los conocimientos, actitudes y práctica de los Profesionales de enfermeria según modelo SOAPIE", Tesis., vol. 1, nº 1, p. 8, 2015, Lima Perú.

- [15] Ruiz M. Guamantina, "Factores determinantes de la calidad de los informes de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Quito". Tesis,, vol. 1, nº 1, p. 10. Ecuador; 2015.
- [16] Quino Ch. Lidia, «Conocimiento y Actitud sobre notas de Enfermería Modelo SOAPIE,» Tesis,, vol. 1, nº 1, p. 85. Puno – Peru; 2014.
- [17] Morales L. S. «Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad Cuidados Intensivos - Hospital Moquera,» Tesis,, vol. 1, nº 1, pp. 6-103, 2011, Tacna - Perú.
- [18] Chaparro L., Garcia. DC. «Registros del profesional de Enfermería como evidencia para la continuidad del cuidado,» Tesis,, vol. 1, nº 1, p. 7, 2012, Colombia .
- [19] Vargas C., Ruiz MA. «Aspectos legales de las notas de enfermería,» Trabajo científico de investigación, Colegio de Enfermeras de Costa Rica, vol. 1, nº 1, p. 8, 2011.
- [20] Arraus Martinez O. «Factores que determinan las características de los registros que maneja el personal de enfermería,» Trabajo de investigación. Disponible en: <http://www.ape.org.py/noticias/030709htm>. Recuperado el: 04-05-18, vol. 1, nº 1, p. 7, 2005.
- [21] Fernandez C., Morales C. "Trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico", Revista Mexicana de Enfermeras Cardiología, vol. 1, nº 1, p. 3, 2010.
- [22] Mariabo D. «Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación en el Instituto Nacional de Oftalmología La Paz,» Tesis, Universidad Mayor de San Andrés. , vol. 1, nº 1, p. 60. Bolivia; 2017 - 2018,
- [23] Martinez S., Santos M. "Valoración de cuidados de enfermería a pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en el Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga,» Revista Ciencia, Tecnología e innovación, , vol. 1, nº 1, p. 10, 2011, Universidad San Arteaga, Sucre.
- [24] Granero J. ET AL «Proceso de Enfermería: ¿Qui significa para las Enfermeras de Santa Cruz (Bolivia),» Scielo. Rev. Esc. Enf. USP2012,, vol. 1, nº 1, pp. 973 - 979, Visitado 10/10/17, 2012.
- [25] B. Quispe, «Calidad de los registros de enfermería, Servicio de Obstetricia Puerperi Quirúrgico, Hospital Materno Infantil,» Tesis, , vol. 1, nº 1, p. 80, 2014, Universidad Mayor San Andrés, La Paz..
- [26] Chandia V. Yanira, «Introducción a la Calidad en Salud,» 15 02 2006. [En línea]. Available: <http://www.enfermeras-pabellon-y-esterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>. [Último acceso: 10 05 2018].

- [27] Ministerio de Salud y Deportes, Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de salud 2do. nivel de atención, La Paz - Bolivia, Pag. 20: Publicación: 61, 2008.
- [28] Ministerio de Salud y Deportes, " Bases para la Organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud", La Paz - Bolivia: Publicación: 56, serie de documentos normativos, 2008, pag. 22.
- [29] Ministerio de Salud y Deportes, " Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud, La Paz - Bolivia: Publicación 56, 2008. pag. 23.
- [30] Constitución Política del Estado PE)., «<http://bolivia.infoleyes.com/shownorm>. [Último acceso: 15 03 2018].
- [31] Jimenez Caugas L, «Metodología para la evaluación de la Calidad en Instituciones de la atención Primaria de Salud,» Revista Cubana Salud Publica. , vol. 2, nº 22, pp. 37 - 43, 2013.
- [32] Ministerio de Salud y Deportes., Gestión de Calidad en Centros de Salud "Implementación de la ISO 900: 2000", Para mejorar la Atención en Salud., La Paz - Bolivia: Published By, 2003.
- [33] Ministerio de Salud y Deportes, Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud., La Paz - Bolivia, 2008, Pag. 16.
- [34] Ministerio de salud y Deportes., Gestión de Calidad en Centros de Salud "Implemdentación de la ISO 900:2000", Para mejorar la Atención en Salud., La Paz - Bolivia: Published BY, 2003, pag. 10.
- [35] Universidad a las Peruanas., " Reingeniería de los registros y auditoria moderna del cuidado de enfermería", Centro de Educación continua convenio., Lima - Perú: Edexpro SAC, 2010, pag. 15 - 17.
- [36] Gomez Manolo, Perez A. ET AL «Rev. Cubana Med. Gen Integr,» 30 03 2007. [En línea]. Available: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300007&lng=es&nrm=iso. [Último acceso: 15 07 2018].
- [37] Organización Mundial de la Salud., Enfermeras y Matronas a favor de la salud: Estrategias europeas de la OMS para la formación de enfermeras y partera, Europa, 2010, Sección 2. pag. 10 - 12.
- [38] Rodriguez P., Grande M. "Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo"., Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, 2017.
- [39] Burns N., Grove s. Investigación en Enfermería., España.: Elsevier., 2004.
- [40] Peralta R. "Recopilación Bibliografica investigación científica". Universidad Nacional de San Agustín., Perú: 1ra. edición. SOS Solución Digital, 2017.

- [41] Rojas A., AL "Eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina interna de un Hospital Nacional.", Tesis, vol. 1, nº 1, p. 80, 2015.
- [42] Lopez R. «Impotencia de los registros de enfermería. Medware,» 27 05 2004. [Último acceso: 22 06 2018].
- [43] Ibarra F., Garcia M. «Registros de enfermería. Almería España.,» 2014. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>. [Último acceso: 10 04 2018].
- [44] Kozier B.,Glenora E. Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 7ma. Edición. Vol. I., España: Ed. McGraw - Hill, 2005.
- [45] Iyer P. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería., Mexico: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., Pag. 52-59-95-111., 1989.
- [46] Magaly, SOAPIE de Enfermería, : <http://www.blogger.com/profile/> 2012.
- [47] Carpentino L. "Planes de cuidado y documentación en Enfermería: Diagnostico de Enfermería y Problemas Asociados", Graw - Hill Interamericana, 1994, pp. 10 - 28.
- [48] Joint Commssion on Accreditation of Healthcare organizations Joint, «"Características de los indicadores clínicos. control de calidad asistencial. Estados Unidos: Oakbrook Terrace.,» 08, Octubre, 2014,. [En línea]. Available: <http://fliphtml5.com/xgyj/kztg/basic>. [Último acceso: 22 07 2018].
- [49] Decreto Supremo Ministerio, «"Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud",» Lima - 2005. [En línea]. Available: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/auditoria/nt_auditoria_029_minsa_dgsp.pdf . [Último acceso: 09 12 2017].
- [50] Luna O.J. "Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica", Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, La Paz - Bolivia, 2008, Pag. 44.
- [51] Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de Sistemas Normalizados de información de Enfermería., Washington, DC, OPS,OMS., 2001, Pag. 19,21,22,24.
- [52] Fernandez B., Lasquetty B. Taxonomías, taller de Taxonomía enfermera, NANDA, NIC, NOC.,» 10 2010. [En línea]. Available: http://taxonomiaenfermera.com/pag/importancia_lenguajes.html. [Último acceso: 20 02 2018].
- [53] «Etapas de ejecución del proceso enfermero. Buenas tareas.com.,» 08 11 2013. [En línea]. Available: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Etapa-De-Ejecucion-Del-Proceso-Enfermero/639081.html>. [Último acceso: 15 05 2018].

- [54] Bravo A. "Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y Calidad de las anotaciones de enfermería", Tesis Tacna - Peru, vol. 1, nº 1, p. 6, 2018.
- [55] Wikipedia, la enciclopedia Libre Diagnostico., disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Diagnóstico, Visitado: 15 de julio 2017.
- [56] B. Monste B. "Bernard Taxonomias enfermeras y su aplicación en salud",» 12 10 2012. [En línea]. Available: www.acmb.es/files/425-3792DOCUMENT/bernard. [Último acceso: 18 12 2017].
- [57] "Taxonomía y significado", 07 11 2017. [En línea]. Available: <https://www.significados.com/taxonomia/> . [Último acceso: 22 05 2018].
- [58] «Real Academia Española. Edición, 23. Madrid: España libros S.L.U.,2014,» 2014. [En línea]. Available: <http://lema.rae.es/drae/> . [Último acceso: 06 12 2017].
- [59] Martínez M. El paradigma emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica, México: Trillas, 1997, Pág. 263.
- [60] Sánchez S, Franco M. ET AL. Calidad de las anotaciones de enfermería del profesional de enfermería., Perú, 2016.

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSOLIDADO DE LAS ACTIVIDADES DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA SEGÚN SU DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA Y CONTENIDO

ACTIVIDADES	Cumple		Cumplimiento Mínimo		No cumple		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Los registros de enfermería llevan los datos generales como: nombre, edad, N° de HCI, Fecha y hora	124	70.5%	10	5.7%	42	23.9%	176	100 %
Los registros de enfermería respetan el formato de la hoja de enfermería S.O.A.P.I.E.	1	0.6%	147	83.5%	28	15.9%	176	100%
Los registros de enfermería tienen letra legible y clara	4	2.3%	127	72.2%	45	25.6%	176	100%
Registra la enfermera con el color de bolígrafo del turno designado, según normas institucionales	174	98.9%	1	0.6%	1	0.6%	176	100%
Los registros de enfermería están con anotaciones completas sin dejar espacio en blanco	4	2.3%	125	71.0%	47	26.7%	176	100%
Usa abreviaturas, estandarizado en el registro que realiza el personal de enfermería	133	75.6%	42	23.9%	1	0.6%	176	100%
El registro es; sin borrones, sin corrector y con limpieza	14	8.0%	111	63.1%	51	29.0%	176	100%
Los registros de enfermería llevan firma y sello de la enfermera responsable de la atención del paciente según turno	14	8.0%	133	75.6%	29	16.5%	176	100%
Aplica la valoración en base a la Taxonomía II por dominios	0	0.0%	0	0.0%	176	100.0%	176	100%
En el registro aplica el formato estructurado según el SOAPIE de acuerdo a la Taxonomía II	4	2.3%	150	85.2%	22	12.5%	176	100%
Registra los Datos Subjetivos	128	72.7%	43	24.4%	5	2.8%	176	100%
Registra los Datos Objetivos	128	72.7%	48	27.3%	0	0.0%	176	100%
Registra de acuerdo a la etiqueta NANDA al establecer los tipos de diagnóstico de enfermería	0	0.0%	13	7.4%	163	92.6%	176	100%
Pertinencia del diagnóstico enfermero (Problema/causa/evidenciado o manifestado)	1	0.6%	151	85.8%	24	13.6%	176	100%
Registra NOC de objetivos de acuerdo a problema encontrado	1	0.6%	60	34.1%	115	65.3%	176	100%
La planeación de cuidados según prioridad del paciente	3	1.7%	118	67.0%	55	31.3%	176	100%
Registra con las etiquetas NIC	0	0.0%	29	16.5%	147	83.5%	176	100%
Las actividades son ordenadas según prioridad y relacionadas con NIC	1	0.6%	20	11.4%	155	88.1%	176	100%
Las actividades corresponden a los diagnósticos identificados	1	0.6%	146	83.0%	29	16.5%	176	100%
La evaluación corresponde a etiqueta de NOC	0	0.0%	53	30.1%	123	69.9%	176	100%
Relaciona la etiqueta NOC de resultados	0	0.0%	15	8.5%	161	91.5%	176	100%

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN



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



POSTGRADO EN ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX



**GUÍA METODOLÓGICA DE REGISTROS DE
ENFERMERÍA POR ESPECIALIDAD CON EL FORMATO
SISTEMATIZADO S.O.A.P.I.E. Y TAXONOMIA NANDA,
NIC Y NOC.**

**TUTOR: M.Sc. INÉS PELÁEZ MARISCAL
AUTORA: Lic. CARMEN ROSA CHOQUE ORAQUENI**

LA PAZ- BOLIVIA

2019

PRESENTACION

Guía dirigida al personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo del Instituto Nacional del Tórax, como instrumento de consulta para unificar criterios. Su utilidad llega a ser importante en el registro de enfermería sistematizado S.O.A.P.I.E, en los diferentes turnos

El objetivo, realizar registros enfermeros de calidad y por especialidad con el formato S.O.A.P.I.E, y el Plan de Cuidados Estandarizados con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, que permitan abordar una actuación profesional homogénea, coherente y coordinada al amparo de la nueva metodología de trabajo y con los actuales lenguajes enfermeros.

Es importante destacar que la guía ha sido elaborada en base a revisiones bibliográficas nacionales e internacionales, brinda un aporte valioso para el personal de salud y en especial para el personal profesional en enfermería de la institución y del servicio; mismo es presentado para su consideración del Departamento de Enfermería y de las Autoridades de la Institución

ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	98
II.	JUSTIFICACIÓN	99
III.	OBJETIVOS.....	100
3.1	Objetivo General	100
IV.	INDICADORES DE CALIDAD EN EL REGISTRO DE ENFERMERIA.....	102
4.1	Proceso Atención de Enfermería.....	102
4.2	Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	102
4.2.1	Valoración de Enfermería.	102
4.2.2	Identificación o Diagnóstico de los problemas	108
4.2.3	Fase de planificación.	112
4.2.4	Ejecución o Intervención.....	113
4.2.5	Evaluación.....	115
4.2.6.	Aspectos teóricos de NANDA NOC Y NIC	117
V.	MODELO DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA	118
5.1	Registros orientados al problema SOAPIE.....	118
5.2	Normas para los registros de enfermería S.O.A.P.I.E	119
VI.	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ESTANDARIZADOS EN LA ATENCION DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS	120
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	144
VIII.	ANEXO	156

I. INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería requiere la combinación de saberes integrales como son el campo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, así como también el saber de la ciencia de enfermería que está constituida por el método científico denominado proceso enfermero (PE), las teorías y las investigaciones en enfermería que complementan la enfermería basada en evidencias, que incluye la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, el establecimiento de objetivos, las intervenciones y la evaluación y el uso de las taxonomías NANDA NOC y NIC como lenguaje estandarizado permite al profesional de enfermería, brindar una atención de calidad, y paralelamente la satisfacción del usuario. [1]

Los registros de Enfermería con S.O.A.P.I.E, (Subjetivos, Objetivos, Análisis, Plan, Intervención y Evaluación), es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, tiene un valor fundamental en el sistema de salud.

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.

La presente Guía de Enfermería, contiene el lenguaje estandarizado de la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, y el registro sistematizado S.O.A.P.I.E. Mismo que facilite el registro enfermero durante la jornada laboral. [2]

II. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con problemas respiratorios y cardiacas son enfermos que se encuentran habitualmente en la Unidad de terapia Intensiva y, como todo paciente en estas unidades, es un enfermo de gran complejidad, susceptible de padecer complicaciones durante su estancia hospitalaria. Por ello, es importante considerar la necesidad de herramientas para mejorar los cuidados de enfermería, permitiendo una atención integral, segura y eficaz. La identificación de los diagnósticos de enfermería prevalentes en estas unidades, hace posible la elaboración de una propuesta de Plan de Cuidados Estandarizados empleando los actuales lenguajes enfermeros, de tal forma que permita plantear una actuación de enfermería homogénea, coherente y coordinada.

Durante la ejecución del trabajo de investigación, se pudo evidenciar que aún existen falencias en su manejo del formato sistematizado S.O.A.P.I.E, no cumpliendo con las normas internacionales mismo que fue implementado y capacitación en la gestión 2014 – 2015.

Bajo este contexto, se observa que el profesional en enfermería aun incumple la secuencia del registro enfermero S.O.A.P.I.E. este aspecto motiva a la presentación de la guía; donde muestra los datos subjetivos, objetivos, las taxonomías NANDA, NOC y NIC, elemento esencial en la práctica diaria.

En ese entendido se pretende poner en consideración la siguiente guía de atención para que pueda ser de utilidad en el servicio de la Terapia Intensiva, brindar una mejor calidad de atención, bajo estándares internacionales, dirigido al personal de salud y especialmente al personal profesional en enfermería de la terapia intensiva del Instituto Nacional Tórax.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer diagnósticos de enfermería prevalentes en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax, y elevar una propuesta de registro enfermero por especialidad con el formato S.O.A.P.I.E. y Plan de Cuidados Estandarizados con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, que permitan abordar una actuación profesional homogénea, coherente y coordinada al amparo de la nueva metodología de trabajo y con los actuales lenguajes enfermeros.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar un análisis crítico de los resultados de la documentación y literatura científica sobre los cuidados de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.
- Identificar los problemas reales y potenciales, que presentan frecuentemente los pacientes atendidos en la unidad.
- Definir el Plan de Cuidados de enfermería general, que contenga y aborde los problemas frecuentes en los pacientes internados en la UTI
- Esquematizar los planes de cuidado y registro enfermero con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, que faciliten el accionar de enfermería

GLOSARIO

- **ACV:** Accidente Cerebro Vascular
- **CVC:** Catéter Venoso Central
- **HC:** Hemorragia Cerebral
- **HSA:** Hemorragia Subaracnoidea
- **IOT:** Intubación Orotraqueal
- **LEE:** Lenguajes Enfermeros Estandarizados
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association
- **NIC:** Nursing Interventions Classification
- **NNN:** NANDA-NIC-NOC
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification
- **NPT:** Nutrición Parenteral Total
- **PE:** Proceso Enfermero
- **PIC:** Presión Intracraneal
- **SEEIUC:** Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias
- **SEMIYUC:** Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias
- **SNG:** Sonda Nasogástrica
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
- **UPP:** Úlceras Por Presión
- **VMI:** Ventilación Mecánica Invasiva
- **NANDA:** (North American Nursing Diagnosis Asociación) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.
- **N.I.C:** Es la sigla (NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION) Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Para cada diagnóstico de Enfermería plantea actividades.
- **N.O.C:** Es la sigla (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION) Sistema de Clasificación de Resultados de enfermería.
- **DIAGNÓSTICO REAL:** Es un juicio sobre las respuestas humanas a un problema de salud, se basa en la presencia de datos relevantes.

- **INDICADOR DE RESULTADO:** conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado
- **ETIQUETA:** Cuando la alteración del estado de salud del cliente viene precedida por el término "riesgo de" y si se refiere a la comunidad "alto riesgo de".
- **FACTORES DE RIESGO:** Identifica aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de una persona familia o comunidad

IV. INDICADORES DE CALIDAD EN EL REGISTRO DE ENFERMERIA

La calidad de los servicios de enfermería incluyen la formación de la enfermera, quien tiene participación activa en el proceso de restauración de la salud del cliente o aun cuando esto no sea posible, estará involucrada en la mejora de sus condiciones de vida, orientadas al autocuidado, la seguridad de los procedimientos y así mismo al resultado del producto hospitalario final, el cual en cierta forma esta medido en base a la calidad de la documentación y de los registros de todas las aportaciones que realiza la enfermera para su restablecimiento. [3]

4.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. [4]

4.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería consta de cinco pasos:

4.2.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

La Enfermera necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, implica

la recogida de información subjetiva y objetiva (Ej. Signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia clínica del paciente. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración por lo tanto debe hacerse en forma individualizada, continua. [5]

ESTA ETAPA COMPRENDE:

A) RECOGIDA DE DATOS. Entendiendo como, dato a toda información relevante de la persona, significa más importante necesidad o problema, que en el lenguaje enfermero se conoce como **respuesta humana subjetivo y objetivo.** (Manifestaciones que pertenecen exclusivamente a la persona y su entorno frente a la salud o enfermedad). Comprende la revisión de la historia clínica, entrevista, observación, examen físico, revisión de resultados de laboratorio, pruebas diagnóstica. Reúne la información sobre el estado de salud de la persona, la familia y la comunidad.

a. Tipos de dato.

- **Datos generales.** Información importante para conocer al paciente, nombre, edad, diagnóstico médico etc.
- **Datos subjetivos.** Son datos relevantes (Respuesta Humana) que una persona refiere, sobre sí mismo, se conoce como dato no visible, es decir sentimientos, sensaciones, opiniones, ideas etc.
- **Datos objetivos.** Es el dato relevante, se conoce también como signo o datos manifestados, se obtienen utilizando los sentidos: vista, olfato, oído, tacto, gusto. Los datos se obtienen de la observación y la exploración física
- **Datos actuales.** Son aquellos que están presentes en el momento de la valoración.
- **Datos históricos.** Son aquellos que ya no están presentes en el momento de la valoración pero es importante registrarle como antecedentes del paciente.

b. Fuente de datos. Se obtiene a través de:

Fuentes primarias. La misma persona.

Fuentes secundarias. Otra persona o documentos, revisión de la historia clínica, pruebas de laboratorio etc.

c. Métodos para la obtención de datos.

- **Observación.** Se obtiene datos objetivos. Método organizado que involucra la utilización de los sentidos como son el tacto, el olfato, la audición, la visión etc.
- **Examen físico.** Es cefalo caudal, es decir se empieza de la cabeza a los pies utilizando la inspección, auscultación, percusión y la palpación.
- **Entrevista.** Es el método de comunicación planeada, programada o una conversación con un propósito. Puede ser una entrevista formal o informal.

B) ORGANIZACIÓN DE DATOS RELEVANTES. Para organizar los datos según nuestro propio marco teórico podemos utilizar los diversos modelos de enfermería así como la clasificación de diagnósticos de la NANDA. Actualmente se utiliza el modelo por dominios.

Evolución de los modelos de valoración:

- **Modelo** de Valoración por necesidades según Virginia Henderson
- **Modelo** jerarquía de necesidades de Maslow
- **Modelos** de valoración según Patrones Funcionales, los cuales son 11 patrones (Dra. Majori Gordon).
- **Modelos** de valoración según respuestas humanas, las cuales son 9 patrones de acuerdo a la Taxonomía I, de la NANDA.
- **Modelo según Dominios y Clases**, último modelo de valoración según la taxonomía II de la NANDA (ASOCIACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE NORTEAMÉRICA) que son 13 dominios, 47 clases y 235 diagnósticos enfermeros. Las enfermeras tratan con respuestas a afecciones de salud/procesos vitales de personas, familia, grupos y comunidades.

CLASIFICACIÓN POR DOMINIOS

NANDA o (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. [1]

DOMINIO 1. PROMOCION DE LA SALUD

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

Clase 1: Toma de conciencia de la salud.

Clase 2: Manejo de la salud Identificación, control.

DOMINIO 2. NUTRICION

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

Clase 1: Ingestión

Clase 2: Digestión

Clase 3: Absorción

Clase 4: Metabolismo

Clase 5: Hidratación

DOMINIO 3. ELIMINACION

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

Clase 1: Sistema urinario

Clase 2: Sistema gastrointestinal

Clase 3: Sistema tegumentario

Clase 4: Sistema pulmonar

DOMINIO 4. REPOSO Y SUEÑO

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

Clase 1: Reposo/sueño

Clase 2: Actividad/

Clase 3: Equilibrio de la energía

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias

DOMINIO 5. PERCEPCION/ COGNICION

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

Clase 1: Autocuidado

Clase 2: Atención

Clase 3: Orientación

Clase 4: Sensación/ percepción

Clase 5: Cognición

Clase 6: Comunicación

DOMINIO 6. AUTOPERCEPCION

Conciencia del propio ser.

Clase 1: Auto concepto

Clase 2: Autoestima

Clase 3: Imagen corporal

DOMINIO 7. ROL DE RELACIONES

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

Clase 1 Roles de cuidador

Clase 2: Relaciones familiares

Clase 3: Desempeño del rol

DOMINIO 8. SEXUALIDAD

Identidad sexual, función sexual y reproducción

Clase 1: Identidad sexual

Clase 2: Función sexual

Clase 3: Reproducción

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales

Clase 1: Respuesta postraumática

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Clase 3: Estrés neurocomportamental

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

Clase 1: Valores Identificación y jerarquización

Clase 2: Creencias Opiniones

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias

DOMINIO 11. SEGURIDAD Y PROTECCION

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

Clase 1: Infección

Clase 2: Lesión física

Clase 3: Violencia

Clase4: Peligros ambientales

Clase 5: Procesos defensivos

Clase 6: Termorregulación

DOMINIO 12. CONFORT

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort ambiental

Clase 3: Confort social

DOMINIO 13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

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

Clase 1: Crecimiento

Clase 2: Desarrollo. [4]

C) VALIDACIÓN DE DATOS. Asegurar que los datos subjetivos y objetivos sean coherentes, evitar conclusiones precipitadas, adicionar datos faltantes.

D) REGISTRO DE DATOS. Es el registro de datos relevantes, en forma ordenada y secuencial utilizando modelos propios que corresponden al marco teórico de enfermería.

4.2.1.1 TIPOS DE VALORACIÓN.

- **Valoración inicial.** Se realiza cuando se relaciona por primera vez con la persona; al ingreso del paciente a un servicio valoración céfalo caudal.
- **Valoración Focalizada.** Cuando se busca datos de un área corporal específico; ej. Sistema cardiovascular.
- **Valoración de urgencia.** Se realiza durante cualquier momento de crisis fisiológico o psicológico del paciente
- **Valoración tardía.** Se realiza después de un tiempo de la valoración inicial, comparar el estado actual del paciente.

4.2.2 IDENTIFICACIÓN O DIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud, es la base para las intervenciones de enfermería. [5]

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. [1]

4.2.2.1 ESTRUCTURA DEL ENUNCIADO DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de enfermería se enuncian según el formato **PES**:

P = Problema de salud, que se corresponde con la etiqueta diagnóstica

E = Etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.

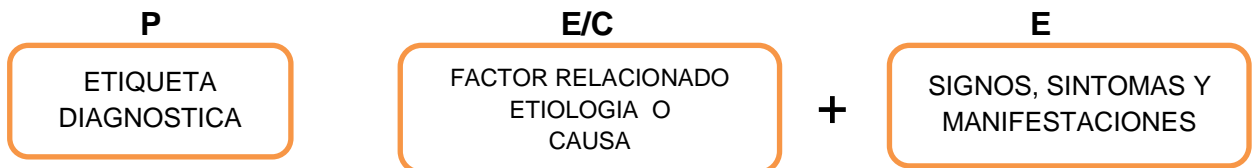
S/M = Sintomatología, constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema/ Manifestación o expresión de la persona.

Cada una de estas partes se enlaza con las otras mediante unos vínculos para constituir el enunciado diagnóstico completo:

4.2.2.2 TIPOS DE DIAGNOSTICO

Reales, de riesgo, promoción de salud y sindromico. [6]

- **DIAGNOSTICO REAL/ FOCALIZADO EN EL PROBLEMA:** 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. El enunciado en tres partes



Ejemplo.

- ✓ **00204** Perfusión tisular periférica ineficaz R/C enfermedad arterial periférica E/P alteración de las características de la piel, retraso del relleno capilar, pulsos periféricos débiles y dolor en miembros inferiores.
- ✓ **00078** Gestión ineficaz de la salud R/C déficit de conocimientos M/P Conflicto de decisiones

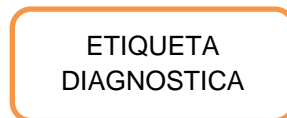
- **DIAGNÓSTICO DE RIESGO.** Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta no deseada a una afección de salud/proceso vital. El enunciado de dos partes.



Ejemplo.

- ✓ **00039** Riesgo de aspiración R/C reducción del nivel de conciencia secundario a coma diabético.

- **DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE SALUD.** Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de mejorar el nivel de salud y/o bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y puede ser aplicadas a cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.



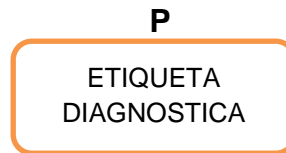
Ejemplo.

- ✓ **00182 Disposición para mejorar el auto-cuidado** = Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud

- **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. [6]



Ejemplo.

✓ **00142** Síndrome del trauma pos violación

4.2.2.3 COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA: [7]

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

4.2.2.4 FORMULACIÓN DE ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS. [4]

Es la deducción o juicio, producto de la interpretación de los datos.

- 1. Problema, enunciado o etiqueta.** Es la identificación de la respuesta de la persona es decir de los datos relevante, real que existe en el momento actual. Está siempre presente en todos los

tipos de diagnóstico, y corresponde a la primera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo PES (P: Deterioro de la integridad cutánea).

2. **Relacionados con.** Es la fase de asociación entre el enunciado y el factor relacionado (causa y efecto). Ej. Alteración de la integridad cutánea (R/C) con la inmovilidad.
3. **Factor relacionado.** Es la causa u origen probable del problema, considerando la evidencia o manifestado. Puede ser determinante, es decir directo o condicionante o indirecto o contribuyente, agregándose la evidencia, si es **objetivo** y lo manifestado o refiere es subjetivo.

4.2.3 FASE DE PLANIFICACION. [4]

Constituye la tercera etapa del Proceso Enfermero, planificar significa prever, prevenir y programar actividades para lograr un objetivo; adelantando el curso de acción del proceso enfermero, plasmado en el plan de cuidados. Consiste en identificar el diagnóstico de enfermería, programar las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) fijando el propósito u objetivo, el orden y la secuencia o prioridad. Se adapta a las características individuales del paciente. [4]

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.

4.2.3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES SEGÚN EL RIESGO DE VIDA. [4]

- **PRIORIDAD ALTA.** Es cuando son de prioridad inicial por el riesgo vital Ej.
 - Limpieza ineficaz de las vías aéreas
 - Dificil de volumen de líquidos
 - Patrón respiratorio ineficaz.

- **PRIORIDAD MEDIANA.** Es cuando deriva en retraso o causa alteraciones físicas Ej.
 - Afrontamiento familiar comprometido
 - Gestión ineficaz de la salud
 - Disposición para mejorar el sueño

- **PRIORIDAD BAJA.** Es cuando surge de necesidades normales o requiere de apoyo mínimo de enfermería Ej.
 - Lactancia materna ineficaz
 - Intolerancia a la actividad
 - Conflicto del rol parenteral

4.2.3.2 TIPOS DE PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- a. **PLANIFICACIÓN INICIAL.** Cuando ingresa al paciente a un establecimiento de salud, la enfermera que lo recibe realiza el proceso enfermero incluyendo su plan de cuidados.

- b. **PLANIFICACIÓN CONTINUA.** Es la secuencia o seguimiento que realiza la enfermera que recibe el turno del servicio y sus respectivos pacientes a su cargo. Se conoce como plan diario de enfermería

- c. **PLANIFICACIÓN DEL ALTA.** Cuando se acerca el alta y se proyectan los cuidados al hogar, considerando los recursos de la persona, familia y comunidad.

4.2.4 EJECUCIÓN O INTERVENCIÓN

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 del proceso; las intervenciones de enfermería son el tratamiento basado en el juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de enfermería realiza para conseguir los resultados. Corresponde a la Taxonomía NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA) En 1987 con la formulación de un equipo de investigación conducido por Joanne Mc Closkey; en la Universidad de Iowa introdujo la clasificación de intervenciones NIC y en 1991 la NOC estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso de la NANDA y otros sistemas de diagnóstico. [8]

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

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. [8]

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** es el significado
- **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. [8]

4.2.4.1 TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Estas pueden ser Independientes o interdependientes. [4]

- a) **Interdependientes.** Son actividades que llevan a cabo los profesionales de enfermería sin indicación del otro profesional, mismas definidas por los diagnósticos de enfermería, actividades que están plasmados en el NIC.
- b) **Interdependientes.** Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención.

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 numero de 4 dígitos)
- 1200 actividades. Sin código.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES [4]

- **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.
- **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 comunidades.** Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

4.2.5 EVALUACIÓN

La exactitud del diagnóstico y la eficacia de las intervenciones se evalúan en relación con la evaluación del paciente; se determinan resultados reales. La eficacia de las intervenciones se documenta en relación con el logro de los resultados. [5]

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. 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 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.

La evaluación esta sobre todo enfocada a evaluar la consecución y cumplimiento de los resultados [9]

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

“Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención enfermera”, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utilizan para determinar el estado del paciente. [1]

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 de acuerdo a la puntuación en diana de resultados).
4. Escala Likert 5 puntos (medir el estado del paciente)

La taxonomía NOC.- cuenta con 32 clases y 490 etiquetas; Además de tener cinco niveles: Dominios, clase, resultados, indicadores y medidas. [1]

Características de la escala de Likert

1. Cada escala se construye para que el quinto o último punto refleja la situación más deseada del paciente
2. Permiten medir el resultado en cada punto de un continuo desde el más negativo al más positivo
3. Permite controlar el progreso o no proceso: el 1 es el menos deseado y el 5 es el más deseado (existen 13 modelos de escalas que ya viene con la misma etiqueta NOC). [1]

Dominio NOC

- Dominio I. Salud funcional.
- Dominio II. Salud fisiológica
- Dominio III. Salud psicosocial
- Dominio IV. Conocimiento y conducta en salud.
- Dominio V. Salud percibida
- Dominio VI. Salud familiar
- Dominio VII. Salud comunitaria [1]

ASPECTOS TEÓRICOS DE NANDA NOC Y NIC

ETAPAS DEL PAE	USO DE TAXONOMÍAS EN EL PAE
VALORACIÓN	Se puede elegir el modelo de: LA TAXONOMIA II: Según dominios
DIAGNOSTICO	TAXONOMIA NANDA
PLANEAMIENTO	TAXONOMIA NOC (Identificar los indicadores a través de escala de Likert) antes
EJECUCIÓN	TAXONOMIA NIC (Intervenciones de Enfermería)
EVALUACIÓN	TAXONOMIA NOC (Evaluar cambios en los indicadores a través de la escala de Likert) después

V. MODELO DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, conocer la adecuada forma de llenado de los mismos, las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

5.1 REGISTROS ORIENTADOS AL PROBLEMA SOAPIE.

Es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos.

[10]

5.2 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 descubre por el sentido de la vista oído, tacto y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro y exámenes auxiliares, etc.
- **A: ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.
- **P: PLAN DE ATENCIÓN:** Se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.
- **I: INTERVENCIÓN O EJECUCIÓN:(N.I.C.)**Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.
- **E: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS ESPERADOS:** (N.O.C) se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente concluye con la firma del colegio y sello de la enfermería que atendió. [4]

5.3 NORMAS PARA LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA S.O.A.P.I.E

- **Debe ser objetiva:** el registro debe contener información descriptiva, es decir lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente y huele. Ej. Respiración 14 x min. Ruidos respiratorios anormales.
- **No usar, bueno, adecuado regular o malo:** ya que son sometidos a interpretación que difiere de persona a persona, tampoco usar deducciones. Ej. “tiene poco apetito”; el dato que se debe registrar en el Ej. Es: come solo el arroz, deja el pollo, el postre y el pan de la bandeja del almuerzo.
- **Debe ser subjetivo:** el registro debe contener información obtenida del interrogatorio y que solo es apreciado por la persona a la paciente. Ej. La señora refiere: “tengo dolor abdominal”.
- **Debe ser fiable:** la información debe ser exacta para ser fiable, Ej. “herida abdominal de 6cm. De longitud sin enrojecimiento” es más exacta y descriptiva, que “gran herida abdominal está cicatrizando bien”.
- **No utilizar** abreviaturas o símbolos, ya que confunden. Ej. O.D. (once daily una vez al día) puede ser interpretado como ojo derecho u oído derecho, omoplato derecho. etc.
- **Usar ortografía** correcta y letra legible: una ortografía correcta, aumenta la exactitud de la documentación, de igual manera una letra legible ayuda a conocer la información, se recomienda usar letra de imprenta cuando no es legible. Ej. “HERIDA ABDOMINAL DE 6 CM. DE LONGITUD SIN ENROJECIMIENTO”.
- **Debe incluir** observaciones de otros cuidadores, hechas por otros profesionales. Ej. “apósitos quirúrgicos retirados, por el Dr. HENRY RAMOS”.
- **Debe terminar** el registro con la firma y sello, así como el N° del colegio profesional: la firma de la enfermera debe ser completa.
- **Debe ser concisa:** La información debe ser breve, evitar palabras innecesarias. Ej. Dedos del pie izquierdo caliente: en vez de, paciente con los dedos del pie izquierdo que se perciben bien calientes (se subraya en el Ej.: lo innecesario).

- **Debe ser actualizada:** La información debe ser actual que corresponda al turno del día registrado. Los siguientes datos deben siempre ser actuales:
 - Signos vitales
 - Administración de medicamentos y tratamientos
 - Preparación para pruebas, diagnósticos o cirugías
 - Admisión, traslado. Alta o fallecimiento.
 - Tratamiento de emergencias.

- **Debe estar bien ordenado:** la información debe seguir un orden, las notas desordenadas no ayudan, confunden, para ello se ha establecido por Murphy, Burke en el siguiente orden:
 - S** = Subjetivo
 - O** = Objetivo
 - A** = Análisis o diagnóstico
 - P** = Plan u objetivo del plan
 - I** = Intervención
 - E** = Evaluación o resultados esperados

- **Debe ser confidencial:** La información no debe ser revelada a otras pacientes o personas no implicadas en la atención, la confidencia esta respaldada legal y éticamente.

- **Anotar con tinta** azul, negro o verde para turnos de mañana y tarde y tinta roja para turnos de noche: las observaciones hechas al paciente por la enfermera durante la noche son de gran importancia para las decisiones del equipo sanitario respectivo al estado de salud del paciente.

- **No usar borrador**, ni líquidos paper, porque es observado legalmente.

- **Tachar o poner** entre paréntesis no valido y firmar al costado en el caso de equivocación: Ej. (se administró Metamizol) No valido.

- **No dejar espacio** entre un registro y otro porque puede ser llenado sin corresponder. [4]

VI. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ESTANDARIZADOS EN LA ATENCION DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS

DOMINIO1.

(00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD			
Definición.- Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud.			
R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del régimen terapéutico - Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico - Conflicto de decisiones - Conflicto de familiar 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P) <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos - Dificultad con el régimen terapéutico prescrito. - Decisiones ineficaces en la vida diaria - Verbaliza deseos de manejar la enfermedad 			
NOC	ESCALA	NIC	
(1601) Conducta de cumplimiento <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Acepta el diagnóstico - Busca información acreditada sobre el diagnóstico - Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito - Expresa los cambios de síntomas al personal de salud 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	(5250) Apoyo en la toma de decisiones (7140) Apoyo a la familia (2380) Manejo de la medicación (4490) Ayuda para dejar de fumar. (5440) Aumentar los sistemas de apoyo (5602) Enseñanza: proceso de la enfermedad (5616) Enseñanza: Medicamentos prescritos. (7460) Protección de los derechos del paciente (7710) Colaboración con el medico	
	Puntuación		
	Inicial		Final
	1		5
(1813) Conocimiento: régimen terapéutico <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Proceso de la enfermedad - Beneficios de la enfermedad - Efectos esperados del tratamiento 			

(00099) MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD			
Definición.- Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.			
R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento individual ineficaz - Falta de logro de las tareas de desarrollo - Alteración de la función cognitiva - Deterioro en la toma de decisiones - Habilidades comunicativas ineficaces - Recursos insuficientes (económicos, sociales, conocimientos) 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P) <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento insuficiente sobre prácticas de salud. - Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud. - Apoyo familiar, social insuficiente 			
NOC	ESCALA	NIC	
(1602) Conducta de fomento de la salud <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza conductas para evitar los riesgos - Supervisa los riesgos de la conducta personal - Conserva relaciones sociales satisfactorias - Utiliza el apoyo social para fomentar la salud 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	(4350) Manejo de la conducta (5250) Apoyo en la toma de decisiones (5240) Asesoramiento (5602) Enseñanza proceso de enfermedad (8060) Transcripción de órdenes (8140) Informe de turnos	
	Puntuación		
	Inicial	Final	
	1	5	(1800) Ayuda en el autocuidados (7040) Apoyo al cuidador principal
(1603) Conducta de búsqueda de la salud <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Hace preguntas relacionadas con la salud - Realiza actividades de la vida diaria compatible con su tolerancia - Utiliza información acreditada de salud 			

DOMINIO 2

(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL:INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES		
Definición.- Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para ingerir los alimentos - Incapacidad para absorber los nutrientes - Ingesta diaria insuficiente - Factores psicológicos - Factores biológicos. 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso en un 20% o más por debajo del peso ideal - Palidez de las conjuntivas y mucosas - RHA alterados - Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas - Diarrea. - Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado. - Dolores abdominales. 		
NOC	ESCALA	NIC
(1004) Estado nutricional. <u>Indicadores</u> - Ingesta de nutrientes - Ingesta de líquidos - Relación peso/talla	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(1100) Manejo de la nutrición (5246) Asesoramiento nutricional (1020) Etapas de la dieta (1056) Alimentación enteral por sonda (1200) Administración de nutrición parenteral total (5614) Enseñanza: dieta prescrita. (1874) Cuidados de la sonda Gastrointestinal
	(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaría y de líquidos <u>Indicadores</u> - Ingestión de alimentación oral - Ingestión de alimentación por sonda - Ingestión de líquidos orales - Administración de nutrición parenteral.	
Puntuación		
	Inicial	Final
	1	5

(00103) DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

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

R/C:

- Anormalidad de la vía aérea superior
- Antecedentes de alimentación enteral
- Trastornos respiratorios
- Obstrucción mecánica (cánula de endotraqueal, o cánula de traqueotomía.)
- Problemas neurológicos
- Cardiopatía congénita

Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)

- Ineficacia de la acción de la lengua para formar el bolo
- Masticación insuficiente
- Nauseas previas a la deglución
- Rechazo a los alimentos
- Vómitos. Estado nauseoso
- Deterioro de la inconciencia

NOC	ESCALA		NIC
(1010) Estado de la deglución <u>Indicadores</u> - Controla las secreciones orales - Acepta la comida - Estudio de la deglución - Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno		(3200) Precauciones para evitar la aspiración (1160) Monitorización nutricional (1860) Terapia de deglución (1120) Terapia nutricional (1460) Relajación muscular progresiva (1080) Sondaje gastrointestinal (5614) Enseñanza: dieta Prescrita
	Puntuación		
	Inicial	Final	
(1004) Estado nutricional <u>Indicadores</u> - Ingesta de nutrientes - Ingesta de líquidos - Relación peso/talla - Identificación de factores de riesgo	1	5	

(00178) RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA.		
Definición.- Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos hepatotóxicos (p.ej. paracetamol) - Agentes farmacológicos - Abuso de sustancias (por Ej. Alcohol, drogas) - Infecciones virales frecuentes 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
- Consumo de agentes farmacológicos		
NOC	ESCALA	NIC
<p>(0307) Autocuidados: medicación no parenteral</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica la medicación - Controla los efectos terapéuticos - Sigue las precauciones de la medicación <p>(1808) conocimiento: medicación</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos secundarios de la medicación - Uso correcto de la medicación prescrita - Efectos terapéuticos de la medicación <p>(1902) Control de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca información actual sobre riesgos para la salud - Reconoce los factores de riesgo personal - Sigue las estrategias de control del riesgo - Reconoce cambios en el estado general de salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> (2300) Administración de medicación (2380) Manejo de la medicación (4360) Modificaciones de la conducta (5602) Enseñanza: proceso enfermedad. (5618) Enseñanza: procedimiento / tratamiento. (7920) Documentación (8060) Trascricpción de órdenes (8140) Informe de turnos (6610) Identificación de riesgos (6520) Análisis de la situación sanitaria (4500) Prevención del consumo de sustancias nocivas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 	
	Puntuación	
Inicial	Final	
1	5	

(000179) RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE			
Definición. -Riesgo de variación de los niveles normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre, que puede comprometer la salud.			
R/C:			
<ul style="list-style-type: none"> - Aporte dietético inadecuado - Manejo de la medicación - Alteración en el estado de salud - Gestión inadecuada de la diabetes 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)			
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los valores normales - Alteración del estado de conciencia - Estrés excesivo - Ingesta diaria insuficiente - Monitorización inadecuada de la glucosa 			
NOC	ESCALA	NIC	
<p>(2300) Nivel de glucemia</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Concentración sanguínea de glucosa - Glucosa en orina - Cetonas en orina <p>(1820) Conocimiento: control de la diabetes</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos a seguir para tratar la hiperglucemia, hipoglucemia - Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo - Régimen de insulina prescrito - Prevención de hipoglucemia, hiperglucemia <p>(1619) Autocontrol: diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controla de la glucemia - Control de peso - Mantiene el peso optimo - Participa en el ejercicio recomendado - Controla los efectos terapéuticos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>(2120) Manejo de la Hiperglucemia</p> <p>(2130) Manejo de la hipoglucemia</p> <p>(6610) Identificación de riesgos</p> <p>(1100) Manejo de la nutrición</p> <p>(2300) Administración de medicación</p> <p>(7610) Análisis de laboratorio</p> <p>(6540) Control de infecciones</p> <p>(1680) Cuidados de las uñas</p> <p>(1660) Cuidados de los pies</p> <p>(3590) Vigilancia de la piel</p> <p>(5612) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 		
	Puntuación		
	Inicial		Final
1	5		

(00025)RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS			
Definición.- Vulnerable a una disminución, aumento cambio rápido de un espacio a otro de los líquido intravasculares, intersticiales y/o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.			
R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones que afectan en el aporte de líquidos - Alteraciones que afectan la absorción de líquidos - Perdida excesiva de líquidos a través de vías anormales (diarrea, vómitos, hemorragia) 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P) <ul style="list-style-type: none"> - Régimen terapéutico - Sepsis - Traumatismos - Perdida de electrolitos 			
NOC	ESCALA	NIC	
(0601) Equilibrio Hídrico <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Entradas y salidas diarias equilibradas - Hidratación cutánea - Presión arterial - Velocidad del pulso (0600) Equilibrio electrolítico acido básico <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia y ritmo cardiaca - Electrolitos séricos - Calambres musculares - Parestesias - Nauseas 	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(4200) Terapia intravenosa (2080) Manejo de líquidos/Electrolitos (4120) Manejo de líquidos. (2080) Manejo de electrolito (2020) Monitorización de líquidos (6680) Monitorización de los signos vitales (4010) prevención de hemorragia	
	Puntuación		
	Inicial		Final
	1		5

(00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS			
Definición.- Disminución de líquidos intravascular intersticial o intracelular			
R/C:			
<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de regulación comprometidos - Pérdida activa de volumen de líquidos 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)			
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la turgencia de la piel - Aumento de la concentración de la orina - Disminución de la diuresis - Disminución del llenado venoso - Membranas mucosas secas - Disminución de la presión arterial - Aumento de la frecuencia cardíaca. 			
NOC	ESCALA	NIC	
(0601) Equilibrio Hídrico <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Entradas y salidas diarias equilibradas - Hidratación cutánea - Presión arterial - Velocidad del pulso - Electrolitos séricos - Confusión - Calambres musculares (0602) Hidratación <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Turgencia cutánea - Membranas mucosas húmedas - Diuresis - Perfusión tisular - Disminución de la presión arterial - Aumento de la temperatura 	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(0080) Monitorización de signos vitales (4180) Manejo de hipovolemia (2080) Manejo de líquidos/Electrolitos (4120) Manejo de líquidos. (2080) Manejo de electrolito (2020) Monitorización de líquidos (4200) Terapia intravenosa	
	Puntuación		
	Inicial		Final
	1		5

DOMINIO 3

(00016) DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA						
Definición.- Disfunción de la eliminación urinaria						
R/C:						
<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro sensitivo – motor - Efectos de la enfermedad renal - Infección del tracto urinario - Obstrucción anatómica 						
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)						
<ul style="list-style-type: none"> - Disuria - Alteración de la urea, creatinina. NUS - Disminución del flujo urinario - Edema - Retención urinaria 						
NOC	ESCALA	NIC				
<p>(0503) Eliminación urinaria</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patrón de eliminación - Cantidad de la orina - Ingesta de líquidos - Incontinencia urinaria <p>(0504) Función renal</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Control específico de la orina - Características de la orina - Aumento de NUS, creatinina sérica - Aumento de leucocitos - Hematuria - Náuseas, fatiga, edema <p>(1924) Control de riesgo: proceso infeccioso</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca información actual sobre el control de la infección - Identifica los factores de riesgo de infección - Controla cambios en el estado general de salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>(0620) Cuidados de la retención urinaria</p> <p>(1876) Cuidados del catéter urinario</p> <p>(0590) Manejo de la eliminación urinaria</p> <p>(0610) Cuidados de la incontinencia urinaria</p> <p>(0570) Entrenamiento de la vejiga urinaria</p> <p>(0580) Sondaje vesical</p> <p>(6680) Monitorización de signos vitales</p> <p>(6550) Protección contra las infecciones</p>				
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 					
	Puntuación					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inicial</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Final</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Inicial	Final	1	5	
Inicial	Final					
1	5					

(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES		
Definición.- Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar.		
R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Desequilibrio en la ventilación, perfusión. - Cambios de la membrana alveolo capilar - 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P) <ul style="list-style-type: none"> - Gasometría arterial anormal - Patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad) - Disnea, cianosis - Color anormal de la piel - Confusión - Hipercapnia, Hipoxemia, Hipoxia - Irritabilidad, Aleteo nasal. – Agitación, Taquicardia, Trastornos visuales 		
NOC	ESCALA	NIC
(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Saturación de Oxígeno - Equilibrio entre ventilación y perfusión - pH arterial - Presión parcial del oxígeno y CO2 en la sangre arterial (PaO2) 	1. Grave comprometido	(0080) Monitorización de signos vitales (3350) Monitorización Respiratoria (1013) Manejo de ácido-base: acidosis respiratoria (1914) Manejo de ácido- base: alcalosis respiratoria (3140) Manejo de las vías aéreas (3320) Oxigenoterapia (1872) Cuidados del drenaje Torácico (3230) Fisioterapia respiratoria
	2. Sustancial	
	3. Moderado	
	4. Leve	
(0403) Estado respiratorio: ventilación <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria - Rimo respiratorio - Profundidad de la respiración - Ruidos respiratorios anormales 	5. Ninguno	
	Puntuación	
(0408) Perfusión tisular: pulmonar <ul style="list-style-type: none"> - Ritmo respiratorio - Frecuencia respiratoria - Presión sanguínea sistólica y diastólica - Saturación de Oxígeno 	Inicial	Final
	1	5

DOMINIO 4

(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA		
Definición.- Limitación del movimiento independiente intencionada del cuerpo o de una o más extremidades		
R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia a la actividad - Disminución de la fuerza muscular - Alteración de la función cognitiva - Apoyo del entorno insuficiente - Deterioro musculo esquelético - Pérdida de la condición física 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P) <ul style="list-style-type: none"> - Limitación de la capacidad para habilidades motoras - Inestabilidad postural - Enlentecimiento del movimiento - Discomfort 		
NOC	ESCALA	NIC
(0203) Posición corporal: auto iniciada <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Se mueve de un costado a otro costado cuando esta tumbado - Se sienta (0208) Movilidad <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento del equilibrio - Movimiento muscular - Mantenimiento de la posición corporal (0210) Realización de transferencia. <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Traslado de una superficie a otra estando echado - Traslado de la cama a la silla 	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(0840) Cambio de posición (3590) Vigilancia de la piel (0740) Cuidados del paciente encamado (1800) Ayuda con los autocuidados (0226) Terapia de ejercicios (1400) Manejo del dolor (0221) Terapia de ejercicios: ambulación. (0970) Transferencia
	Puntuación	
	Inicial	Final
	1	5

(00239) RIEGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Definición.- Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio

R/C:

- Alteración de la frecuencia cardiaca
- Alteración del ritmo cardiaco
- Enfermedad cardiovasculares
- Fatiga

Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)

- Agentes farmacológicos
- Conocimiento insuficiente sobre factores de riesgo modificable
- Diabetes mellitus
- Edad > 65 años
- Hipertensión, obesidad, sedentarismo, tabaquismo

NOC	ESCALA		NIC
(0414) Estado cardiopulmonar <u>Indicadores</u> - Ritmo cardiaco - Ritmo respiratorio - Saturación de oxígeno - Cianosis - Distensión de las venas del cuello - Diaforesis (0401) Estado circulatorio <u>Indicadores</u> - Presión arterial sistólica - Presión arterial diastólica - Presión venosa central - Llenado capilar - Gasto urinario - Saturación de oxígeno	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno		(4040) Cuidados cardiacos (4120) Monitorización hemodinámica (4090) Manejo de la arritmia (6680) Monitorización de los signos vitales (4050) Manejo de riesgo cardiaco (4070) Precauciones circulatorias (2620) Monitorización neurológica (4260) Prevención de shock
	Puntuación		
	Inicial	Final	
	1	5	

(00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ			
Definición.- La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.			
R/C:			
<ul style="list-style-type: none"> - Hiperventilación - Síndrome de hipo ventilación - Fatiga de los músculos respiratorios - Deterioro neurológico - Fatiga, ansiedad, dolor 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)			
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los movimientos torácicos - Disminución de la ventilación por minuto - Patrón respiratorio anormal - Aleteo nasal - Uso de los músculos accesorios para respirar 			
NOC	ESCALA	NIC	
(0403) Estado respiratorio: ventilación. <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ritmo cardiaco - Frecuencia respiratoria - Ritmo respiratorio - Profundidad de la respiración - Ruidos respiratorios anormales (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria - Ritmo respiratorio - Profundidad de la inspiración - Capacidad de eliminar secreciones - Ruidos respiratorios anormales 	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(6680) Monitorización de los signos vitales (3350) Monitorización Respiratoria (1013) Manejo de ácido-base: acidosis respiratoria (1914) Manejo de ácido- base: alcalosis respiratoria (3140) Manejo de las vías aéreas (3320) Oxigenoterapia (3200) Precauciones para evitar las aspiraciones (3230) Fisioterapia respiratoria	
	Puntuación		
	Inicial	Final	
	1	5	

(00034) RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE

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

R/C:

- Antecedente de dependencia ventilatoria de más de cuatro días
- Ritmo inapropiado en el proceso de destete
- Antecedente de fracaso en el intento de destete
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)

- Aumento de la frecuencia cardiaca en relación a la basal
- Aumento de la respiración
- Cianosis
- Hipoxia
- Disnea
- Deterioro de la gasometría arterial respecto a la basal
- Disminución del nivel de conciencia

NOC	ESCALA		NIC
(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso <u>Indicadores</u> - Saturación de Oxígeno - Equilibrio entre ventilación y perfusión - pH arterial - Presión parcial del oxígeno y CO ₂ en la sangre arterial (PaO ₂) (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. <u>Indicadores</u> - Frecuencia respiratoria - Ritmo respiratorio - Profundidad de la inspiración - Capacidad de eliminar secreciones - Ruidos respiratorios anormales	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno		(3180) Manejo de la vía aérea artificial (3310) Destete de la ventilación mecánica (6680) Monitorización de los signos vitales (3350) Monitorización Respiratoria (1013) Manejo de ácido-base: acidosis respiratoria (1914) Manejo de ácido- base: alcalosis respiratoria
	Puntuación		(3140) Manejo de las vías aéreas (3320) Oxigenoterapia (3390) Ayuda en la ventilación (3160) Aspiración de vías aéreas
	Inicial	Final	
	1	5	

DOMINIO 5

(00051) DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL		
Definición.- Disminución o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Barreras físicas (e. TOT, traqueotomía) - Deterioro del sistema nervioso central - Régimen terapéutico 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para verbalizar - Incapacidad para hablar - Desorientación en el espacio 		
NOC	ESCALA	NIC
(0902) Capacidad de la comunicación <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza el lenguaje escrito. - Utiliza el lenguaje hablado - Reconoce los mensajes recibidos 	1. Grave comprometido	(4976) Mejorar la comunicación verbal
	2. Sustancial	(5820) Disminución de la Ansiedad
	3. Moderado	(4976) Fomento de la comunicación: déficit del habla
	4. Leve	(4920) Escucha activa
	5. Ninguno	
Puntuación		
Inicial	Final	
1	5	

DOMINIO 6

(00124) DESESPERANZA		
Definición.- Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Antecedentes de abandono - Restricción de la actividad prolongada - Estrés de larga duración 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de las emociones - Cambios en el patrón del sueño - Implicación en el cuidado inadecuado 		
NOC	ESCALA	NIC
(1201) Esperanza. <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Expresión de confianza - Expresiones de ganas de vivir - Expresiones del significado de la vida - Expresión de optimismo - Expresión de sensación de autocontrol 	1. Nunca demostrativo 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre	(5240) Asesoramiento (5270) Apoyo emocional (5310) Dar esperanza (5250) Apoyo en la toma de Decisiones (4310) Terapia de actividad
Puntuación		
Inicial	Final	
1	5	

DOMINIO 7

(00060) INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES		
Definición.- Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia - Crisis situacional. - Alteración en las finanzas familiares 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la resolución de conflictos familiares - Alteración en la satisfacción familiar - Cambio en la participación en la toma de decisiones - Cambios en el soporte mutuo. 		
NOC	ESCALA	NIC
(2600) Afrontamiento de los problemas de la familia. <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Establece flexibilidad en los roles - Permite a los miembros flexibilidad en los roles - Enfrenta los problemas familiares - Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones - Establece las prioridades de la familia 	1. Nunca demostrativo	(5241) Asesoramiento
	2. Raramente	(7141) Apoyo a la familia
	3. A veces	(5270) Apoyo emocional
	4. Frecuentemente	(7130) Mantenimiento en procesos familiares
	6. Siempre	(4360) Modificación de la Conducta
Puntuación		(7150) Terapia familiar
	Inicial	Final
	1	5

DOMINIO 9

(00146) ANSIEDAD			
<p>Definición.- Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza</p>			
<p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio en el estado de salud - Amenaza de muerte - Crisis situacional - Antecedentes familiares de ansiedad 			
<p>Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración en la concentración - Agitación - Insomnio - Angustia, nauseas - Temor - Aumento de la respiración 			
NOC	ESCALA	NIC	
<p>(1402) Autocontrol de la ansiedad.</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoriza la intensidad de la ansiedad - Elimina precursores de la ansiedad - Planea estrategias para superar situaciones estresantes - Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrativo 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 	<p>(5820) Disminución de la ansiedad.</p> <p>(6040) Terapia de relajación simple.</p> <p>(5230) Aumentar el Afrontamiento</p> <p>(5241) Asesoramiento</p> <p>(5440) Aumentar los sistemas de apoyo</p>	
	<p>(1211) Nivel de ansiedad</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impaciencia - Distres - Tensión muscular - Irritabilidad - Trastorno del patrón del sueño 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
	Puntuación		
	Inicial		Final
1	5	<p>(7310) Cuidados de enfermería al ingreso</p>	

DOMINIO 10

(00083) CONFLICTO DE DECISIONES		
Definición.- Interrupción sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores y creencias		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Interferencia en la toma de decisiones - Conflicto con la obligación moral - Creencias poco claras - Fuente de información contradictorias 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
<ul style="list-style-type: none"> - Angustia mientras intenta tomar una decisión - Atención centrada en el yo - Retraso en la toma de decisiones - Cuestionamiento de los principios 		
NOC	ESCALA	NIC
(906) Toma de decisiones <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica información relevante - Identifica alternativas - Identifica consecuencias - Reconoce el contexto social de la situación - Compara alternativas (1300) Aceptación: estado de salud <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones - Al elegir tiene en cuenta la opinión de los demás - Toma decisiones libre de la presión de otros familiares - Participa en las decisiones de los cuidados de salud 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(5230) Aumentar el Afrontamiento (5241) Asesoramiento (5250) Apoyo en toma de decisiones (5440) Aumentar los sistemas de apoyo
	1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre	
	Puntuación	
	Inicial	Final
	1	5

DOMINIO 11

(0004) RIESGO DE INFECCIÓN		
Definición.- Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer salud.		
R/C:		
<ul style="list-style-type: none"> - Defensas inmunológicas deficientes - Procedimientos invasivos (Catéter periférico, central, sonda vesical, sonda nasogástrica, TOT, Intubación naso traqueal, traqueotomía) - Pérdida de continuidad de la piel 		
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)		
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la integridad de la piel - Valores alterados de laboratorio - Retención de los fluidos corporales - Malnutrición 		
NOC	ESCALA	NIC
<p>(1924) Control del riesgo: Proceso infeccioso</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica los factores de riesgo de infección - Descripción de los factores transmisores - Identifica signos y síntomas de infección - Descripción de prácticas que reducen la transmisión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 	<ul style="list-style-type: none"> (2300) Administración de medicación (6520) Análisis de la situación sanitaria (6550) Protección contra las Infecciones (3590) Vigilancia de la piel (7690) Interpretación de datos de laboratorio (6540) Control de infecciones
<p>(0702) Estado inmune</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal - Integridad cutánea - Detección de infecciones actuales - Recuento absoluto leucocitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> (2440) Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso periférico insertado periféricamente (4220) Cuidados del catéter central (0083) Cuidados del sitio de incisión (1876) Cuidados del catéter urinario (1874) Cuidados de la sonda gastrointestinal (1870) Cuidado del drenaje
<p>(1842) Conocimiento: control de la infección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores que contribuyen a la transmisión de la infección - Procedimientos de control de la infección - Tratamiento de la infección diagnosticada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 	<ul style="list-style-type: none"> (1872) Cuidados de drenaje torácico
Puntuación		
Inicial	Final	
1	5	

(00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

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

R/C:

- Retención de secreciones vía área artificial
- Mucosidad excesiva
- Enfermedad obstructiva crónica
- Espasmo de la va área
- Deterioro neuromuscular

Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)

- Ausencia de tos
- Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes, roncus)
- Cambios en la frecuencia respiratoria
- Cambios en el ritmo respiratorio
- Cianosis
- Disminución de los sonidos respiratorios
- Disnea
- Excesiva cantidad de esputos
- Ortopnea
- Agitación

NOC	ESCALA		NIC
(0410) Estado Respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias <u>Indicadores</u> - Frecuencia respiratoria - Profundidad de la respiración - Facilidad de la respiración - Ausencia de disnea de esfuerzo - Ruidos respiratorios a la auscultación - Vías aéreas permeable (0410) Estado Respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias <u>Indicadores</u> - Frecuencia respiratoria - Profundidad de la respiración - Facilidad de la respiración - Ausencia de disnea de esfuerzo - Ruidos respiratorios a la auscultación - Vías aéreas permeable	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno		(3140) Manejo de la vía aérea. (3160) Aspiración de secreciones. (3200) Precauciones para evitar la aspiración (3320) Oxigenoterapia (3180) Manejo de la vía aérea artificial (3310) Destete de la ventilación mecánica (6680) Monitorización de los signos vitales (3350) Monitorización Respiratoria
	Puntuación		(3120) Intubación y estabilización de la vía área (3140) Manejo de las vías aérea (3390) Ayuda en la ventilación (3160) Aspiración de vías Aéreas
	Inicial	Final	
	1	5	

(00007) Hipertermia			
Definición.- Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación			
R/C:			
<ul style="list-style-type: none"> - Agentes farmacólogos - Aumento de la tasa metabólica - Deshidratación - Proceso infeccioso - Vestimenta inadecuada 			
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)			
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la temperatura corporal - Piel caliente al tacto - Piel ruborizada - Taquicardia - Taquipnea - Irritabilidad - Convulsiones - Hipotermia 			
NOC	ESCALA	NIC	
(0800) Termorregulación <u>Indicadores</u> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura cutánea aumentada - Sudoración con el calor - Cambios de coloración cutánea 	1. Grave comprometido 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	(3740) Tratamiento de la fiebre. (3990) Regulación de la temperatura. (6680) Monitorización de los signos vitales (4150) Regulación hemodinámica	
	Puntuación		
	Inicial		Final
	1		5

DOMINIO 12

(00132) DOLOR AGUDO								
Definición.- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa, con un final anticipado o previsible								
R/C:								
<ul style="list-style-type: none"> - Agente lesivos biológicos (Ej. Infección, isquemia, cáncer) - Agentes lesivos físicos (Ej. Absceso, ablación, quemadura, corte, procesos quirúrgicos. Traumatismos) 								
Evidenciado – manifestado (E/P – M/P)								
<ul style="list-style-type: none"> - Auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas - Conducta de distracción - Conducta expresiva (inquietud, llanto, vigilancia) - Expresión facial de dolor - Taquicardia - Posición adecuada - Diaforesis - Pupilas dilatadas 								
NOC	ESCALA	NIC						
<p>(1605) Control del dolor</p> <p style="text-align: center;"><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce el comienzo del dolor - Reconoce factores causales - Utiliza medidas preventivas - Refiere cambios en los síntomas - Refiere dolor controlado <p>(2102) Nivel de dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido - Satisfacción expresada en el entorno físico - Muecas de dolor - Agitación - Tensión muscular 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Puntuación</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">Inicial</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">Final</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td> </tr> </table>	Puntuación		Inicial	Final	1	5	<ul style="list-style-type: none"> (1400) Manejo del dolor (6482) Manejo ambiental confort (2210) Administración de Analgésicos (1460) Relajación muscular progresiva (1380) Aplicación de calor o Frio (2400) Asistencia en la analgesia controlada por el paciente
Puntuación								
Inicial	Final							
1	5							

VII. BIBLIOGRAFIA

- [1] Bravo P.M. Guia Metodológica del PAE Planes de cuidados con NANDA NOC Y NIC, Perú: Grafica Jesus; 2016.
- [2] Aramiz B. A. "Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y calidad de las anotaciones de enfermería", Tesis., vol. 1, nº 1, p. 6, 2018. Tacna Perú.
- [3] Burns N., Grove S. Investigación en Enfermería., España.: Elsevier., 2004.
- [4] Cortes G., Castillo F. Guia para Elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de Atención de Enfermería en Especialidades, Perú: Grafica Jesus, 2012.
- [5] Herdman T.H., Kamitsuru S. NANDA Internacional, Inc, DIAGNÓSTICOS ENFERMERO. Definiciones y Clasificación, España: Elsevier; 2015 - 2017.
- [6] Fernandez B., Lasquetty B. Taxonomias, taller de Taxonomia enfermera, NANDA, NIC, NOC.,» 10 2010. [En línea]. Available: http://taxonomiaenfermera.com/pag/importancia_lenguajes.html. [Último acceso: 20 02 2018].
- [7] «Etapas de ejecución del proceso enfermero. Buenas tareas.com.,» 08 11 2013. [En línea]. Available: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Etapa-De-Ejecucion-Del-Proceso-Enfermero/639081.html>. [Último acceso: 15 05 2018].
- [8] Bravo A. "Nivel de conocimiento sobre modelo SOAPIE y Calidad de las anotaciones de enfermería", Tesis Tacna - Peru, vol. 1, nº 1, p. 6, 2018.
- [9] Carpentino L. "Planes de cuidado y documentación en Enfermería: Diagnostico de Enfermería y Problemas Asociados", Graw - Hill Interamericana, 1994, pp. 10 - 28.
- [10] Montes R. «Registros de Enfermería,» de Novillo, España, 2011.
- [11] Morales L. S. Calidad de las notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos; Hospital Regional Moquera - 2011, Tacna - Perú, 2012.
- [12] Cordero G. L. «en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>,» 3 4 2008. [En línea]. Available: Venezuela Biblioteca Las casas. [Último acceso: 10 Junio 2017].
- [13] Arribas A., Hernández M. «Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (II),» NURE Investigación, vol. 12, p. 75, 2015.

ANEXO

ANEXO Nº 3

NOTA DE SOLICITUD PARA AUTORIZACION PARA LA INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
RECIBIDO
DIRECCION
14 DIC 2017
SECRETARIA
No. Reg. 1841 Hrs. 12:59
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, 08 de Diciembre de 2017

Señor:
Dr. Edgar Pozo
DIRECTOR GENERAL DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX (INT)
Presente.-

REF.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por intermedio de la presente, tengo el grato honor de dirigirme y saludarle a su autoridad, deseándole éxitos en las funciones que desempeña en bien de la población.

El motivo de la presente es para solicitarle a su distinguida persona, tenga la gentileza de permitirme realizar un estudio de investigación en su prestigioso hospital que lleva el título de "EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA S.O.A.P.I.E. EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GESTIÓN 2017", se realizara a través de encuestas, observación directa y revisión de los registros de Enfermería, en cumplimiento como requisito para **OPTAR EL GRADO DE MAESTRÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA** de la Universidad Mayor De San Andrés.

El estudio a realizarse aportara a la Unidad de Cuidados Intensivos la Calidad de Registros de Enfermería S.O.A.P.I.E. que se tiene actualmente.

En espera de tener una respuesta favorable a mi solicitud, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente:


CARMEN ROSA CHOQUE ORAQUENI
LICENCIADA EN ENFERMERIA
C.I. 6009876- L.P.


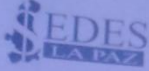
*aceptado
por lo tanto a las colegas
colaborar en este estudio
agradare esta noticia*


Dr. Edgar Pozo
Director General de Salud
Instituto Nacional del Torax

Arch. personal

ANEXO Nº 4

SOLICITUD ACEPTADA PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

  REGISTRO No. 1741
358

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
INSTITUTO NACIONAL DE TORAX LA PAZ - BOLIVIA

HOJA DE RUTA

Fecha de INGRESO 14-12-2011 Fecha de SALIDA _____

DESTINO	INSTRUCCIONES
<input type="checkbox"/> Secretaria Dirección	<input type="checkbox"/> Tomar Acción
<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Estudiar e Informar
<input type="checkbox"/> Jefatura de Personal	<input type="checkbox"/> Verificar y procesar
<input type="checkbox"/> Depto. Neumología	<input type="checkbox"/> Preparar Respuesta
<input type="checkbox"/> Depto. Cardiología	<input type="checkbox"/> Atender Pedido
<input type="checkbox"/> Depto. Cirugía	<input checked="" type="checkbox"/> Archivar
<input type="checkbox"/> Depto. UTI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depto. Apoyo Profesional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asesoría Jurídica	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Docencia</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CO-POB. 14-12-2011
DIRECTOR a.i. [Signature]
INSTITUTO NACIONAL DE TORAX
URGENTE

INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS:
Dr. J. Gomez: Agradecido coordinar con Jefatura de Conferencia.
[Signature]

ANEXO Nº 5

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Nº 1 FUENTE: OBSERVACIÓN	Fecha: --/--/ No. Encuesta---
GUIA DE OBSERVACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA APLICABILIDAD DEL SOAPIE EN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, GESTIÓN 2017	

El presente instrumento de chequeo, tiene la finalidad de “**Evaluar el cumplimiento del registro enfermero SOAPIE** del servicio de UTI, se agradece su comprensión, que contribuirá a mejorar la calidad de registro de enfermería.

1. Valorización. Señale con una (x) una opción de las siguientes preguntas:

1 = Cumple 2 = Cumplimiento Mínimo 3 = No cumple

ACTIVIDAD		1	2	3	OBS.
		Cumple	Cumplimiento Mínimo	No Cumple	
ESTRUCTURA	1. Los registros de enfermería llevan los datos generales como: nombre, edad, N° de HCl. Fecha y hora				
	2. Los registros de enfermería respetan el formato de la hoja de enfermería S.O.A.P.I.E.				
	3. Los registros de enfermería tienen letra legible y clara				
	4. Registra la enfermera con el color de bolígrafo del turno designado, según normas institucionales				
	5. Los registros de enfermería están con anotaciones completas sin dejar espacio en blanco				
	6. Usa abreviaturas, estandarizados en el registro que realiza el personal de enfermería				
	7. El registro es; sin borrones, sin corrector y con limpieza				
	8. Los registros de enfermería lleva firma y sello de la enfermera responsable de la atención del paciente según turno				
CONTENIDO	9. VALORACIÓN				
	a) Aplica la valoración en base a la Taxonomía II por dominios				
	b) En el registro aplica el formato estructurado según el SOAPIE de acuerdo a la Taxonomía II				
	c) Registra los Datos Subjetivos				
	d) Registra los Datos Objetivos				
	10. DIAGNOSTICO				

a) Registra de acuerdo a la etiqueta NANDA al establecer los tipos de diagnóstico de enfermería.				
b) Pertinencia del diagnóstico enfermero (Problema/causa/evidenciado o manifestado)				
11. PLANIFICACIÓN				
a) Registra NOC de objetivos de acuerdo a problema encontrado				
b) La planeación de cuidados según prioridad del paciente				
12. EJECUCIÓN				
a) Registra con las etiquetas NIC				
b) Las actividades son ordenadas según prioridad y relacionadas con NIC				
c) Las actividades corresponden a los diagnósticos identificados				
13. EVALUACIÓN				
a) La evaluación corresponde a etiqueta de NOC				
b) Relaciona la etiqueta NOC de resultados				

FILIACIÓN DEL RESPONSABLE DE RECOLCCIÓN DE DATOS

<p>_____</p> <p>Lic. Carmen R. Choque Oraqueni Nombre y Apellido</p>	<p>_____</p> <p>Firma</p>	<p>_____</p> <p>Fecha y Hora</p>
---	----------------------------------	---

Agradecido por la comprensión

ANEXO Nº 6

SOLICITUD DE VALIDACIÓN

Solicitarle a su persona la validación de los instrumentos de recolección de datos, para ejecutar el trabajo de investigación que lleva el título “CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA S.O.A.P.I.E. POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, GESTIÓN 2017”

1.- Si considera que el instrumento de recolección de datos están correctamente planteados, favor dejar su sello y firma en las siguientes líneas, al mismo tiempo solicitarle la validación con un visto bueno en el recuadro superior derecho.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.- Si considera que debo realizar correcciones a los instrumentos de recolección de datos, favor dejar por escrito en las siguientes líneas, las sugerencias que vea conveniente para su aplicación

.....

.....